

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ V МЕЖВУЗОВСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСАМ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



**Москва
2026**

Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»

**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
V МЕЖВУЗОВСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСАМ
СОМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**10-11 июня 2026 г.
г. Москва**



**Москва
Фонд Кардиопрогресс
www.cardioprogres.ru
2026**

Рецензенты

Балыкова Л.А., д-р мед наук, профессор, член-корр. РАН, зав. кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

Дроздецкий С.И., д-р мед. наук, профессор, консультант-кардиолог ГБУЗ НО «ГКБ№28» и МСЧ «Сокол»

Для цитирования: Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний (10-11 июня 2026 года). М.: Кардиопрогресс. 2026. 34 с.

For citation: Collection of scientific papers of the V Interuniversity Conference on Somatic Diseases (June 10-11, 2026). M.: Cardioprogress. 2026. 34 p.

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

ВЛИЯНИЕ ФЕНОТИП-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Абдуллаев А. Х.¹, Маткомиллов Ж. О.²

¹ Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан.

² Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель: проведение фенотип-ориентированной индивидуальной ранней реабилитации для улучшения функционального состояния кардиореспираторной системы у больных хронической обструктивной болезнью лёгких.

Методы и исследования. Исследование было проведено в Андижанский областной центр реабилитации и протезирования. В исследовании приняли участие 120 пациентов с диагнозом хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ). Возраст обследованных составил от 45 до 74 лет, что соответствовало средней и пожилой возрастным группам согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2015).

Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от фенотипа заболевания:

1. эмфизематозный тип;
2. бронхитический тип;
3. эмфизематозный часто рецидивирующий тип;
4. бронхитический часто рецидивирующий тип.

Внутри каждого фенотипа пациенты случайным образом распределялись на две группы: группа А (n=15) — пациенты, получавшие расширенную программу реабилитации (лечебная физкультура, магнитотерапия и фитотерапия в дополнение к стандартному медикаментозному лечению), и группа Б (n=15) — пациенты, получавшие только стандартное лечение.

В качестве критериев оценки использовались маркеры воспаления — TNF- α , интерлейкин-6 (IL-6), С-реактивный белок (CRP), функциональные показатели кардиореспираторной системы (спирометрия: FEV1, FVC), а также тест 6-минутной ходьбы для оценки толерантности к физической нагрузке.

Лабораторные исследования проводились с использованием стандартных биохимических и иммуноферментных методов анализа. Все показатели оценивались до начала лечения и повторно после завершения курса реабилитации.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием современных статистических программ. Количественные данные представлены в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты. Результаты исследования показали, что динамика изменений маркеров воспаления и кардиореспираторных показателей при различных фенотипах ХОБЛ зависит от вида проводимой реабилитации. У пациентов с бронхитическим фенотипом в группе А, получавшей расширенную реабилитацию, наблюдалось значительное снижение уровня TNF- α : с 11,07 пг/мл до 3,89 пг/мл, что соответствовало уменьшению на 64,8% ($p < 0,001$). В группе Б, получавшей стандартное лечение, показатель TNF- α снизился с 11,14 пг/мл до 6,39 пг/мл, что составило 42,6% ($p < 0,05$). Различия между группами были клинически и статистически значимыми, что свидетельствует о более высокой эффективности расширенной реабилитации в снижении активности воспалительного процесса. Одновременно в группе А отмечалась достоверная положительная динамика результатов теста 6-минутной ходьбы, отражающего толерантность к физической нагрузке. Увеличение дистанции ходьбы свидетельствовало не только об улучшении функционального состояния пациентов, но и о расширении резервных возможностей кардиореспираторной системы. В группе Б также наблюдались положительные изменения, однако их выраженность была ниже по сравнению с группой А. Анализ спирометрических показателей выявил аналогичную тенденцию. В группе А отмечалось достоверное повышение показателей FEV1 и FVC, что свидетельствовало об улучшении бронхиальной проходимости и частичном устранении ограничения воздушного потока. В группе Б данные показатели также изменялись в положительную сторону, однако статистическая значимость изменений была менее выраженной. Анализ в разрезе различных фенотипов показал, что при часто рецидивирующих фенотипах уровень воспалительных маркеров был более высоким, а после проведения реабилитации сохранялась тенденция к их снижению. Однако при применении расширенной программы реабилитации положительные изменения воспалительных маркеров и функциональных показателей были более выраженными и стабильными во всех фенотипических группах.

Заключение. Установлено, что фенотип ХОБЛ оказывает значительное влияние на функциональное состояние кардиореспираторной системы и уровень воспалительных маркеров. Особенно высокая активность воспалительного процесса наблюдалась при бронхитическом и часто рецидивирующем фенотипах заболевания. Доказано, что фенотип-ориентированная расширенная программа реабилитации (лечебная физкультура, магнитотерапия и фитотерапия) способствует достоверному снижению уровня провоспалительных цитокинов — TNF- α , IL-6 и CRP. Полученные результаты продемонстрировали более высокую эффективность по сравнению со стандартным лечением. Расширенная реабилитация способствовала повышению толерантности к физической нагрузке, улучшению результатов теста 6-минутной ходьбы, а также обеспечила положительную динамику спирометрических показателей (FEV1, FVC). Полученные результаты свидетельствуют о возможности воздействия комплексной реабилитации на патогенетическую цепь ХОБЛ: «воспаление → гипоксия → эндотелиальная дисфункция».

Фенотип-ориентированный индивидуальный подход к реабилитации является клинически целесообразным для повышения эффективности лечения пациентов с ХОБЛ и снижения риска развития осложнений.

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КЛЮЧЕВЫХ БИОМАРКЕРОВ

Абдужамалова Н.М.

ООО «Место здоровья», Москва, Россия.

Коронарное стентирование, являясь методом реваскуляризации миокарда, неизбежно сопряжено с механическим повреждением сосудистой стенки и разрывом атеросклеротической бляшки. Данные события могут индуцировать выраженную воспалительную реакцию, проявляющуюся в высвобождении ряда провоспалительных медиаторов. Понимание характера и динамики этой реакции имеет важное клиническое значение для оценки отдаленных результатов процедуры.

Цель исследования: оценить характер и динамику воспалительной реакции у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) после проведения коронарного стентирования.

Материалы и методы. В исследование было включено 34 пациента с ИБС, которым было выполнено стентирование одного коронарного сосуда. У всех пациентов определяли концентрации С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), матриксной металлопротеиназы-2 (ММП-2) и тканевого ингибитора металлопротеиназы-2 (ТИМП-2) в периферической крови до процедуры стентирования, через 24 часа и через 1 месяц после ее проведения.

Результаты. Спустя 24 часа после имплантации стента с лекарственным покрытием наблюдалось достоверное повышение уровня СРБ на 70% ($p=0,0004$), ИЛ-6 на 100% ($p=0,001$) и ИЛ-8 на 50% ($p=0,003$). Через месяц после ангиопластики уровни СРБ и ИЛ-6 возвращались к исходным значениям ($p>0,05$). Однако, концентрация ИЛ-8 оставалась статистически значимо повышенной на 61% ($p=0,008$). Существенной динамики уровней ММП-2 и ТИМП-2 в первые 24 часа после стентирования выявлено не было. Тем не менее, через месяц после процедуры было зафиксировано достоверное увеличение концентрации ММП-2 на 18% ($p=0,008$) и ТИМП-2 на 19% ($p=0,005$).

Заключение. Коронарное стентирование у пациентов с ИБС ассоциировано с выраженной острой воспалительной реакцией. Пролонгированное повышение уровня ИЛ-8 и повышенные уровни ММП-2 и ТИМП-2 через месяц после ангиопластики могут свидетельствовать об их вовлеченности в процессы формирования неоинтимы и последующего сосудистого ремоделирования.

КОРРЕЛЯЦИИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭФФЕКТА БЕЛОГО ХАЛАТА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ КОМБИНИРОВАННУЮ КОНЕЧНУЮ ТОЧКУ, У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г. Ф., Смирнова М. И., Горбунов В. М., Кошеляевская Я. Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» МЗ РФ, Москва, Россия.

Во многих исследованиях показано, что эффект белого халата (ЭБХ) может влиять на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценить в проспективном когортном исследовании взаимосвязи выраженности ЭБХ у больных с артериальной гипертензией (АГ),

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний наблюдающихся у врача-кардиолога городской поликлиники и получающих регулярную антигипертензивную терапию (АГТ), с показателями, характеризующими конечную комбинированную точку (ККТ).

Материал и методы. Были проанализированы данные проспективного когортного исследования амбулаторных больных АГ, получавших АГТ. Исследование состояло из трех визитов (исходный, через 6 и через 12 месяцев) и периода сбора данных об исходах ($30,1 \pm 7,6$ мес. от первого визита). На первом и третьем визитах проводили клинические измерения АД, суточное мониторирование АД (СМАД), эхокардиографию (ЭхоКГ). ЭБХ оценивался как разность между уровнем клинического АД и усредненным дневным амбулаторным АД, оценивали ЭБХ первого и третьего визитов совместно. Комбинированная первичная конечная точка (ПКТ) включала сердечно-сосудистые осложнения, реваскуляризации и смерть, вторичная КТ (ВКТ) – вызовы бригады СМП, госпитализации, временную нетрудоспособность, третичная КТ (ТКТ) – ухудшение течения АГ (повышение АД без криза), острые заболевания, не связанные с ПКТ и ВКТ.

Результаты. В исследование включили 125 больных: 28 мужчин (22%), 97 женщин (78%), средний возраст составил $62,6 \pm 0,8$ лет. Участники исследования принимали антагонисты к рецепторам ангиотензина II (47%), β -адреноблокаторы (45%), антагонисты кальция (41%), ингибиторы АПФ (36%); 29% пациентов получали монотерапию АГ. Клиническое САД составляло $141,6 \pm 1,5$ мм рт.ст., ДАД - $87,2 \pm 0,8$ мм рт. ст. Усредненное дневное САД было $125,1 \pm 0,9$ мм рт.ст., ДАД - $76,2 \pm 0,7$ мм рт. ст. Уровень ЭБХ для САД составил $16,5 \pm 1,4$ мм рт.ст., для ДАД - $10,9 \pm 0,7$ мм рт. ст. Были выявлены позитивные корреляции ЭБХ по уровням САД с показателями, характеризующими прогноз пациентов с АГ только в отношении третичной КТ: 1) взаимосвязь с показателями, характеризующими ТКТ в целом ($F=4,7$, $p<0,031$) и в большей степени с таким ее компонентом, как “ухудшение течения АГ ($F=9,1$, $<0,003$).

Заключение. Выраженность ЭБХ у пациентов, получающих регулярную АГТ, не связана с отдаленным прогнозом больных АГ в отношении «жестких» КТ. Для систолического ЭБХ обнаружены позитивные корреляции с показателями, характеризующими ТКТ в целом и, в большей степени, с таким ее компонентом, как “ухудшение течения АГ”.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ И ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОМ ПНЕВМОНИТЕ

Арифуллина К.А., Лавгинова Б.Б., Волкова М.В., Трушенко Н.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия.

Коморбидные заболевания могут оказывать существенное влияние на клинические проявления, риски прогрессирования и прогноз при интерстициальных заболеваниях легких (ИЗЛ). Однако данные относительно распространенности и клиническом значении коморбидных заболеваний при идиопатическом легочном фиброзе (ИЛФ) и, в особенности, при гиперчувствительном пневмоните (ГП) крайне ограничены.

Цель: оценить распространенность и клиническое значение коморбидных заболеваний у пациентов с ИЛФ и ГП.

Материалы и методы/ В одноцентровое проспективное наблюдательное исследование включен 621 пациент: 229 с ИЛФ и 392 с ГП. Период наблюдения составил 12 месяцев. Анализировались клиничко-демографические, функциональные и рентгенологические характеристики, сопутствующие заболевания, индекс коморбидности Чарльсона и индекс GAP (Gender–Age–Physiology). Всем пациентам

выполнялось исследование функции внешнего дыхания, тест с 6-минутной ходьбой (6-МТ), эхокардиография и высокоразрешающая компьютерная томография органов грудной клетки.

Результаты/ У большинства пациентов выявлено от 1 до 3 коморбидных заболеваний (66,2%), при этом ≥ 4 сопутствующих заболеваний отмечались у 19,6% пациентов. Пациенты с ИЛФ характеризовались более высоким индексом коморбидности Чарльсона по сравнению с пациентами с ГП ($p < 0,001$). Наличие ≥ 2 коморбидных заболеваний ассоциировалось с увеличением риска летального исхода (AUC 0,587, $p = 0,01$), как и индекс Чарльсона ≥ 4 баллов (AUC 0,608, $p = 0,002$; log-rank $p = 0,007$).

Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями были артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, легочная гипертензия и сахарный диабет. У пациентов с ИЛФ чаще выявлялись сердечно-сосудистые заболевания, эмфизема и бронхообструктивные заболевания ($p < 0,05$). Основными предикторами развития сердечно-сосудистых заболеваний был возраст старше 60 лет и гипоксемия (PaO_2/FiO_2 менее 300). При этом наличие сердечно-сосудистых заболеваний оказывало существенное влияние на показатели DLco, дистанции, пройденной в 6-МТ и одышку по шкале mMRC. Сахарный диабет являлся независимым неблагоприятным прогностическим фактором, особенно у пациентов с ГП (ОШ 2,58; $p = 0,016$). Наличие бронхообструктивных заболеваний и эмфиземы оказывало существенное влияние на показатели функции дыхания и десатурация в 6-МТ.

Заключение/ Коморбидные заболевания широко распространены при ИЛФ и ГП и оказывают значимое влияние на клиническое течение и прогноз заболевания. Оценка коморбидности, включая индекс Чарльсона, может рассматриваться как дополнительный инструмент стратификации риска у пациентов с фиброзирующими ИЗЛ.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПО ШКАЛЕ SCORE 2 DIABETES У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ахундова Х.Р.^{1,2}, Арабидзе Г.Г.², Мамедов М.Н.^{1,2}.

¹ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия.

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

Цель исследования: оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний, оцениваемого по шкале SCORE 2 Diabetes у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от количества дополнительных соматических заболеваний.

Материалы и методы. В одномоментное клиническое исследование было включено 224 мужчин и женщин в возрасте 40-65 лет с СД 2 типа (критерии ВОЗ, 1999-2013 гг.) без сердечно-сосудистых заболеваний. Всем пациентам проводили стандартный врачебный осмотр, анкетирование, инструментальные и биохимические исследования. Риск сердечно-сосудистых заболеваний оценивался по шкале SCORE 2 Diabetes на основании следующих показателей: возраст, пол, курение, систолическое артериальное давление (САД), общий ХС, ХС ЛВП, возраст на момент постановки диагноза СД 2 типа, HbA1c и скорость клубочковой фильтрации. Риск определялся с учетом регионов Европы с низким, умеренным, высоким и очень высоким риском. Россия относится к странам очень высокого риска. Сердечно-сосудистый риск оценивался по 4 категориям: $< 2\%$ низкий риск, $2\% - < 10\%$

умеренный риск, 10%–<20% высокий риск, $\geq 20\%$ очень высокий риск (согласно рекомендациям SCORE 2 от 2025 г.). В зависимости от количества соматических заболеваний пациенты были распределены на две группы. В первую группу (144 человек) были включены больные СД 2 типа в сочетании с одним и двумя соматическими заболеваниями, а во вторую группу (110 человек) больные СД 2 типа с наличием трех и более соматических заболеваний.

Результаты. Группы были сопоставимы по поло-возрастным показателям и частоте курения. При этом между группами наблюдается достоверное различие среднего возраста на момент постановки диагноза СД 2 типа ($p < 0,005$), уровней САД ($p < 0,01$), общего ХС ($p < 0,05$) и гликированного гемоглобина ($p < 0,037$).

Среднее значение сердечно-сосудистого риска в группе больных СД 2 типа в сочетании с одним и двумя соматическими заболеваниями составило $23,16 \pm 8,62\%$, тогда как в группе больных СД 2 типа в сочетании трех и более соматических заболеваний риск сердечно-сосудистых осложнений оказался в 1,3 раза выше и составил $29,94 \pm 13,31\%$ ($p < 0,001$). Анализ градаций сердечно-сосудистого риска показывает, что в первой группе около 60% больных имеют очень высокий сердечно-сосудистый риск. Высокий сердечно-сосудистый риск выявлен в этой группе у каждого третьего пациента. Во второй группе у $\frac{3}{4}$ пациентов определен очень высокий сердечно-сосудистый риск и у каждого пятого пациента высокий сердечно-сосудистый риск. Средний сердечно-сосудистый риск в обеих группах верифицирован до 4% случаев, низкий риск не выявлен вовсе.

Заключение. Большинство пациентов СД 2 типа, вне зависимости от наличия дополнительных соматических заболеваний, имеют очень высокий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE 2 Diabetes, что обусловлено выраженностью модифицируемых факторов риска и вхождением нашей страны в зону очень высокого риска. Суммарный сердечно-сосудистый риск в группе лиц с тремя и более соматическими заболеваниями достоверно выше по сравнению с группой лиц с одним и двумя соматическими заболеваниями. Следовательно, при разработке профилактических мероприятий с целью управления сердечно-сосудистым риском наряду коррекцией модифицируемых факторов риска, необходимо контролировать и дополнительные соматические заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ПО ШКАЛЕ QRISK 3 И КОМОРБИДНОСТЬЮ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ СД 2 ТИПА

Ахундова Х.Р.^{1,2}, Арабидзе Г.Г.², Савчук Е.А.¹, Мамедов М.Н.^{1,2}

¹ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия.

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

Цель исследования: Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний, оцениваемого по шкале Qrisk 3 у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от количества дополнительных соматических заболеваний.

Материалы и методы. В клиническое когортное исследование было включено 224 мужчин и женщин в возрасте 40–65 лет с СД 2 типа (критерии ВОЗ, 1999–2013) без сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом.

Всем пациентам проводили стандартный врачебный осмотр, анкетирование, инструментальные и биохимические исследования. При оценке сердечно-сосудистого риска по шкале Qrisk 3 учитывались: возраст, пол, расовая принадлежность, курение, систолическое АД и его вариабельность, индекс

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний атерогенности, семейный анамнез по ССЗ, наличие ряда соматических заболеваний и психосоматический статус. В зависимости от суммарного значения сердечно-сосудистый риск имеет три степени: низкий (<10%), умеренный (10–20%) и высокий (>20%).

Результаты. Пациенты были распределены на две группы в зависимости от количества соматических заболеваний. В первую группу включались больные СД 2 типа в сочетании с одним и двумя соматическими заболеваниями (n=144), а во вторую группу больные СД 2 типа с наличием трех и более соматических заболеваний (n=110). В группе лиц с СД 2 типа в сочетании с одним и двумя соматическими заболеваниями средний уровень сердечно-сосудистого риска по шкале Qrisk 3 составил $17,02 \pm 9,02\%$, в то же время в группе больных СД 2 типа в сочетании с тремя и более соматическими заболеваниями сердечно-сосудистый риск оказался на 1/3 выше и составил $23,36 \pm 13,11\%$.

В первой группе уровень сердечно-сосудистого риска среди мужчин в 1,5 раза выше, а во второй группе в 1,4 раза выше по сравнению с женщинами. Так, в первой группе среди мужчин среднее значение сердечно-сосудистого риска составило $20,88 \pm 9,53\%$, а среди женщин $13,67 \pm 7,05\%$. Во второй группе уровень сердечно-сосудистого риска среди мужчин составил $28,65 \pm 14,93\%$, в то же время в группе женщин $19,8 \pm 10,41\%$. Анализ граций сердечно-сосудистого риска по шкале Qrisk 3 по группам свидетельствует, что в первой группе 20,2% (n=23) пациента имели низкий риск, 49,1% (n=56) пациентов умеренный риск и 30,7% (n=35) пациентов высокий риск. Во второй группе у 12,1% (n=13) пациентов выявлен низкий риск, у 29,9% (n=32) пациентов умеренный риск и у 58% (n=62) пациентов (общее количество пациентов 107) выявлен высокий риск.

Заключение. В группе лиц с СД 2 типа в сочетании с одним и двумя соматическими заболеваниями у каждого третьего выявлен высокий сердечно-сосудистый риск по шкале Qrisk 3. Высокая градация сердечно-сосудистого риска в группе с тремя и более соматическими заболеваниями была выявлена у каждого второго пациента. В обеих группах среди мужчин уровень сердечно-сосудистого риска оказался выше по сравнению с женщинами.

ВОЗМОЖНОСТИ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ С ОЦЕНКОЙ ОТДАЛЁННЫХ ИСХОДОВ

Быков Ю.В.¹, Беккер Р.А.²

¹ ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия.

² Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль.

Цель – оценить влияние мультимодальной анальгезии в остром периоде инфаркта миокарда (ОИМ) на течение заболевания и отдалённые клинические исходы.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациента с ОИМ, потребовавшего экстренного хирургического вмешательства. Проанализированы особенности анальгезии и седации на догоспитальном и госпитальном этапах, а также течение послеоперационного периода.

Результаты. Пациент, 64 года, с анамнезом большого депрессивного расстройства, перенёс обширный ОИМ. На догоспитальном этапе болевой синдром не купировался нитратами. В условиях транспортировки санитарной авиацией в связи с ухудшением состояния выполнена интубация трахеи. Для анальгезии применяли инфузии кетамина (50 мг/ч) и бупренорфина (12 мкг/ч). В специализированном стационаре экстренно выполнено аортокоронарное шунтирование. Анестезиологическое обеспечение включало ксенон, кетамин, бупренорфин и дексмедетомидин. Седация продолжалась в течение суток после операции. Послеоперационный период

протекал без признаков выраженной психоэмоциональной дестабилизации, пациент рано активизирован, активно участвовал в реабилитации. Назначение антидепрессантов не потребовалось.

Заключение. Мультимодальная аналгезия с использованием кетамина, дексметомидина и бупренорфина при ОИМ может способствовать не только эффективному контролю болевого синдрома, но и более благоприятному течению послеоперационного периода, включая психоэмоциональное состояние пациента. Представленное наблюдение демонстрирует целесообразность интеграции данных подходов в клиническую практику с позиций улучшения комплексных исходов.

ТЯЖЁЛЫЙ ГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ КРИЗ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ОСТРОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ С АТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ

Быков Ю.В.¹, Беккер Р.А.²

¹ ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия.

² Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль.

Цель. Оценить особенности клинического течения гипертензивного криза (ГК), осложнённого гипертензивной энцефалопатией, при наличии атипичных неврологических и поведенческих проявлений.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациента с тяжёлым ГК. Проведён анализ клинической картины, эффективности различных подходов к купированию криза и динамики состояния на фоне проводимой терапии.

Результаты. Мужчина 40 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на интенсивную диффузную головную боль, шум в ушах, многократную рвоту, нарастающее оглушение, нарушение ясности сознания и искажённое восприятие окружающей действительности. Отмечались выраженные феномены деперсонализации и дереализации, затруднявшие контакт с пациентом. На этапе первичного осмотра рассматривались функциональные и неврологические состояния, включая паническую реакцию, мигрень, острое диссоциативное расстройство, а также острое нарушение мозгового кровообращения. При объективном обследовании зарегистрировано критическое повышение артериального давления до 260/140 мм рт. ст., подтверждённое повторными измерениями. Неврологический статус: оглушение, дезориентация, общемозговая симптоматика без чёткой очаговой неврологической симптоматики. Совокупность данных (злокачественная гипертензия, нарушение сознания, общемозговые симптомы) позволила расценить состояние как гипертензивную энцефалопатию. Попытка купирования ГК сублингвальным каптоприлом была неэффективной. С учётом выраженного психомоторного возбуждения и нарушенного контакта начата комбинированная терапия: клонидин (0,3 мг сублингвально), диазепам (30 мг внутривенно), дроперидол (0,3 мл 0,25% раствора внутривенно). На фоне терапии отмечено уменьшение психомоторного возбуждения, восстановление контакта, регресс нарушений восприятия и параллельное клинически значимое снижение артериального давления. Пациент госпитализирован в неврологическое отделение, где верифицирована эссенциальная артериальная гипертензия. После стабилизации состояния подобрана базисная антигипертензивная терапия. В дальнейшем течение без осложнений и рецидивов ГК.

Заключение. Атипичные неврологические и поведенческие проявления при ГК могут затруднять своевременную диагностику и задерживать начало адекватной терапии. Представленное наблюдение демонстрирует, что выраженные нарушения восприятия и поведения могут выступать как компонент гипертензивной энцефалопатии и усугублять течение ГК. Комплексный подход с применением

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний
седативных и центральных антигипертензивных средств способствует более эффективному контролю артериального давления и стабилизации состояния пациента.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Быков Ю.В.¹, Беккер Р.А.²

¹ ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия.

² Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль.

Цель – оценить клинические особенности течения симптоматической артериальной гипертензии при первичном гиперпаратиреозе и влияние хирургического лечения на исходы заболевания.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки с длительно существующей артериальной гипертензией и резистентностью к стандартной терапии. Проведён анализ лабораторных показателей кальциево-фосфорного обмена, инструментальной диагностики и динамики состояния после хирургического лечения.

Результаты. Пациентка 44 лет в течение 4 лет наблюдалась по поводу артериальной гипертензии с недостаточным эффектом от комбинированной гипотензивной терапии. Дополнительно отмечались астенические и аффективные нарушения, резистентные к проводимому лечению. При расширенном обследовании выявлены признаки нарушения кальциевого обмена: повышение уровня паратиреоидного гормона до 108 пг/мл, ионизированного кальция до 1,42 ммоль/л, а также повышение уровня 1,25-дигидроксивитамина D при снижении 25(OH)D3. Данные изменения позволили заподозрить первичный гиперпаратиреоз. При ультразвуковом исследовании патология не визуализировалась. Выполненная прицельная компьютерная томография шеи выявила аденому левой паращитовидной железы размером 7 мм. Проведена паращитовидэктомия. В послеоперационном периоде в течение 3 недель отмечена нормализация артериального давления без необходимости усиления гипотензивной терапии, регресс астенических и аффективных проявлений, улучшение общего самочувствия.

Заключение. Первичный гиперпаратиреоз может являться причиной симптоматической артериальной гипертензии, резистентной к стандартной терапии. Отсутствие типичных клинических проявлений затрудняет диагностику и требует активного поиска эндокринной патологии при атипичном течении заболевания. Своевременное выявление и хирургическое лечение позволяют устранить патогенетическую основу артериальной гипертензии и добиться стойкого клинического эффекта.

РАННИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Велихан Т., Садыгова Т.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан.

Актуальность. Широкое распространение электронных сигарет среди молодого населения определяет необходимость углублённого изучения их влияния на органы

дыхания. В настоящее время сохраняются существенные противоречия относительно характера и степени респираторных нарушений, ассоциированных с вейпингом. Особое значение приобретает поиск ранних функциональных и воспалительных изменений, предшествующих развитию клинически значимой бронхолегочной патологии. В связи с этим, комплексная оценка показателей спирометрии и клеточного состава индуцированной мокроты представляет интерес для уточнения механизмов повреждения дыхательных путей у пользователей электронных сигарет.

Цель исследования – провести сравнительную оценку функционального состояния дыхательной системы и выраженности нейтрофильного воспаления у пользователей электронных сигарет и курильщиков традиционных сигарет.

Материалы и методы. В исследование включены 45 человек в возрасте 18 –35 лет (средний возраст $24,8 \pm 3,6$ года). Основную группу составили 28 пользователей электронных сигарет, группу сравнения – 17 курильщиков традиционных сигарет. Внутри групп также учитывался анамнез и длительность курения/вейпинга. Всем участникам выполнялась спирометрия с определением форсированной жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха за первую секунду (FEV1) и соотношения FEV1/FVC. Для оценки воспалительных изменений дыхательных путей проводился цитологический анализ индуцированной мокроты с подсчетом нейтрофилов.

Результаты. Цитологическое исследование индуцированной мокроты выявило признаки нейтрофильного воспаления дыхательных путей в обеих исследуемых группах. У курильщиков традиционных сигарет содержание нейтрофилов составило $68,4 \pm 8,7\%$, что было статистически значимо выше по сравнению с пользователями электронных сигарет - $54,2 \pm 7,1\%$ ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют об активации нейтрофильного звена воспаления под воздействием продуктов как традиционного табакокурения, так и аэрозоля электронных сигарет. Следует отметить, что выявленный уровень нейтрофилов у пользователей электронных сигарет также указывает на наличие хронического воспалительного процесса в дыхательных путях даже при отсутствии клинически выраженной респираторной патологии.

При оценке функции внешнего дыхания установлено снижение показателя FEV1 в обеих группах обследованных. Среднее значение FEV1 составило $89,3 \pm 6,4\%$ у пользователей электронных сигарет и $81,7 \pm 7,2\%$ у курильщиков традиционных сигарет ($p < 0,05$). Выявленные изменения сопровождались тенденцией к снижению индекса FEV1/FVC, что может отражать ранние нарушения бронхиальной проходимости. Сочетание функциональных изменений с повышенным содержанием нейтрофилов в индуцированной мокроте позволяет предположить наличие субклинического воспалительного ремоделирования дыхательных путей у пользователей электронных сигарет.

Заключение. Таким образом, использование электронных сигарет ассоциируется с развитием нейтрофильного воспаления респираторного тракта и начальными признаками нарушения функции дыхательных путей. Полученные результаты подтверждают необходимость дальнейшего изучения иммуновоспалительных механизмов повреждения бронхолегочной системы, индуцированных воздействием аэрозолей электронных сигарет.

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний
**МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ И АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОГО
ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

Головенкин С.Е.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им.
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, Россия.

Анализ результатов анкетирования больных, прошедших реабилитацию после острого инфаркта миокарда (ОИМ), позволит выяснить некоторые аспекты организации третьего (амбулаторно-поликлинического) этапа кардиореабилитации, выявить имеющиеся проблемы и позволит запланировать пути их решения.

Цель исследования – провести анализ качества организации и доступности третьего (амбулаторно-поликлинического) этапа реабилитации на основании мнения пациентов, прошедших кардиореабилитацию после ОИМ.

Материал и методы. Нами проведено анкетирование 108 пациентов (88 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 41 до 73 лет, средний возраст $58,7 \pm 8,2$ года, прошедших третий этап реабилитации в ООО «Центр Современной Кардиологии» (г.Красноярск), с использованием анкеты, включающей 20 вопросов, которые дают возможность оценить качество организации и доступность этого вида помощи.

Результаты. Выяснено, что значительная часть пациентов (97,5%) отмечают положительное влияние на самочувствие пройденного курса реабилитации, 82,5% сообщают о подробном разъяснении лечащим врачом целей и задач реабилитации, 87,5% в целом положительно оценивают организацию лечебно-диагностической части процесса реабилитации. В тоже время, в вопросах организации процесса реабилитации были выявлены следующие недостатки: пациенты отмечают проблему дозвона по телефону регистратуры (21,7%), имеет место очередь на прохождение амбулаторного этапа (24,2%), удаленность центра реабилитации от места проживания (37,5%), проблему парковки (13,3%). Не все пациенты понимают необходимость коррекции всех факторов риска (70,8-81,7%), а так же неопределенно долгой продолжительности соблюдения рекомендаций врача, только 71,7% пациентов планируют это делать всю дальнейшую жизнь. Только 48,3% больных согласны на использование телемедицинских коммуникаций (смс-сообщения, телефонные звонки, видео консультации, приложения в мобильном телефоне и.т.д.), если таковые будут предложены.

Заключение. Большая часть наших пациентов позитивно оценивают качество организации и доступность третьего этапа реабилитации. В тоже время, результаты анкетирования выявили некоторые организационные проблемы, сопровождающие оказание этого вида помощи. Полученная нами информация позволит внести необходимые коррективы в организацию процесса реабилитации пациентов ОИМ, а повторно проведенное анкетирование позволит оценить эффективность этих изменений.

ИНДЕКС haSTART – НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ СОСУДИСТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Горелова И.В., Сумин А.Н., Щеглова А.В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия.

Актуальность. Хронические иммуновоспалительные ревматические заболевания (ХИВРЗ) сопровождаются повышенным сердечно-сосудистым риском вследствие ускоренного атерогенеза на фоне системного воспаления. Артериальная жесткость – независимый предиктор неблагоприятных событий, но референсные методы ее оценки (каротидно-феморальная скорость пульсовой волны и CAVI) малодоступны из-за высокой стоимости и технической сложности. Отечественный индекс haSTART, рассчитываемый по данным артериального давления и скорости пульсовой волны, – доступная, но не изученная у пациентов с ХИВРЗ альтернатива.

Цель. Оценить информативность haSTART для ревматологической когорты: изучить его клинические ассоциации, определить независимые предикторы повышения и их пороговые значения.

Материал и методы. В поперечное исследование включено 137 пациентов с верифицированными ХИВРЗ (ревматоидный артрит – 52,6%, анкилозирующий спондилит – 13,9%, псориатический артрит – 10,2%, системная красная волчанка – 6,6%, системная склеродермия – 13,9%, подагра – 2,9%). Проведено клинико-лабораторное и инструментальное исследование, включая объемную сфигмографию (VaSera VS-1000) с расчетом CAVI, расчет haSTART через веб-калькулятор. Пациенты разделены на группы относительно медианы (Me) haSTART (7,20): <Me (n=68) и >Me (n=69). Проведен статистический анализ: U-критерий Манна–Уитни, χ^2 Пирсона, бинарная логистическая регрессия (Forward LR) и ROC-анализ.

Результаты. Пациенты с высоким haSTART были старше (62,0 vs 49,0 лет; $p<0,001$) имели более выраженную сердечно-сосудистую коморбидность: чаще встречались артериальная гипертензия (АГ) (79,7% vs 48,5%), дислипидемия (73,9% vs 44,1%), сердечная недостаточность (20,2% vs 4,4%), хроническая болезнь почек $\geq$ С3а (11,5% vs 3,0%; все $p<0,05$). Высокий haSTART ассоциировался с поздними стадиями остеоартрита (ОА) ($p=0,011$) и снижением минеральной плотности костной ткани ($p=0,036$). Выявлена сильная корреляция haSTART с CAVI ($r=0,943$; $p<0,001$). При этом связи С-реактивным белком ($r=0,007$) и активностью ХИВРЗ ($r=-0,095$) не обнаружено. Предикторами повышенного haSTART выступили: возраст (ОШ=1,054; $p=0,014$), стадия АГ (ОШ=1,683; $p=0,010$), стадия ОА (ОШ=1,663; $p=0,029$) и активность ХИВРЗ (ОШ=0,482; $p=0,011$). Качество модели: $\chi^2=35,91$; $p<0,001$; $R^2=0,343$; правильная классификация 72,7%. По данным ROC-анализа ориентирами высокого риска являются: возраст ≥ 55 лет (AUC=0,742), АГ ≥ 2 стадии (AUC=0,705), ОА ≥ 3 стадии (AUC=0,610).

Заключение. Индекс haSTART тесно связан с CAVI и отражает кумулятивное сосудистое повреждение, ассоциированное с возрастом, АГ и маркерами хронической деструкции соединительной ткани, независимо от текущей воспалительной активности. Пороговые значения (возраст ≥ 55 лет, АГ ≥ 2 стадии, ОА ≥ 3 стадии) могут служить ориентирами для выделения группы высокого риска сосудистого ремоделирования у пациентов с ХИВРЗ.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА КАК ИНСТРУМЕНТ СТРАТИФИКАЦИИ И ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Горячева О.Г.¹, Пономарев С.Б.²

¹ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия.

²ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ижевск, Россия.

Цель исследования: разработать и валидизировать балльную шкалу оценки ВИЧ-ассоциированного клинико-функционального статуса (ВИЧ-КФС) для стратификации тяжести хронической соматической коморбидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией и выбора оптимальной организационной тактики ведения.

Материалы и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование: 240 госпитализированных пациентов с ВИЧ-инфекцией (2019–2023 гг.) и 160 ВИЧ-негативных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (группа контроля). Выполнено комплексное обследование (клинико-anamnestическое, эхокардиография, лабораторные тесты). Отбор переменных и пороговые значения определены ROC-анализом с эталонной переменной – абсолютным числом CD4 Т-лимфоцитов. Внутренняя согласованность шкалы оценена по α Кронбаха, структура – факторным анализом.

Результаты. У 80,4% пациентов с ВИЧ выявлено поражение двух и более органов-мишеней. Разработанная шкала ВИЧ-КФС включает 7 доменов: иммунодефицит, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), легочная артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек, нарушения гемопоэза, воспаление, индекс массы тела. Сумма баллов – от 0 до 20. Выделены степени тяжести: I (легкая) – 1–5 баллов, II (средняя) – 6–10, III (тяжелая) – 11–15, IV (крайне тяжелая) – 16–20 баллов. Шкала обладает хорошей внутренней согласованностью (α Кронбаха = 0,81) и одномерной факторной структурой (КМО = 0,702). На ее основе обоснован выбор тактики: наблюдение инфекциониста (I степень), консультация профильного специалиста (II), госпитализация в стационар (III), перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии (IV).

Заключение. Шкала ВИЧ-КФС является валидным, патогенетически обоснованным инструментом для комплексной оценки тяжести коморбидной хронической соматической патологии у лиц, живущих с ВИЧ, и может быть рекомендована для рутинного применения в центрах СПИД, многопрофильных стационарах и амбулаторном звене с целью персонализации медицинской помощи.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ПИТАНИЯ КАК ОСНОВА ДЛЯ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА С ОЖИРЕНИЕМ

Зайцева Е.К., Залетова Т.С.

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия.

Цель исследования – выявить алиментарные нарушения и несбалансированность фактического питания у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, перенесших ишемический инсульт, на догоспитальном этапе для разработки персонализированных рекомендаций по диетологической коррекции.

Методы исследования. В проспективное интервенционное исследование включено 13 пациентов (6 женщин, 7 мужчин, средний возраст $61,9 \pm 2,7$ года) с ишемическим инсультом давностью 1–2 года и индексом массы тела ≥ 25 кг/м². Проведен

ретроспективный анализ догоспитального питания с использованием валидизированной компьютерной программы частотного анализа. Оценивали фактическое потребление макронутриентов (простых углеводов, натрия, холестерина) и микронутриентов (витамина D) в сравнении с физиологическими нормами и рекомендуемыми уровнями потребления. Выявленные нарушения учитывали при разработке диетотерапии на стационарном этапе.

Результаты. Установлено, что питание пациентов характеризовалось выраженной несбалансированностью по макро- и микронутриентам. Потребление простых углеводов в среднем по группе превышало физиологические нормы на 29%, что поддерживало постоянную гиперинсулинемию и способствовало формированию инсулинорезистентности. Потребление натрия было чрезмерным, с превышением норматива на 120%, что является одним из ведущих драйверов рефрактерной артериальной гипертензии в данной когорте. Поступление холестерина с пищей превышало рекомендованный уровень на 87%. На этом фоне выявлены признаки недостаточности эссенциальных микронутриентов: потребление витамина D, играющего важнейшую роль в регуляции иммунного и сосудистого эндотелиального гомеостаза, было снижено на 36% от уровня рекомендуемого потребления.

Заключение. Догоспитальное питание пациентов с ожирением, перенесших ишемический инсульт, характеризуется комплексными алиментарными нарушениями: избыточным потреблением натрия, холестерина и простых углеводов на фоне дефицита витамина D. Выявленные нарушения объясняют высокие риски прогрессирования цереброваскулярной болезни и диктуют необходимость целенаправленной диетологической коррекции как обязательного компонента реабилитационной программы.

ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ РЕДУКЦИЯ ЖИРОВОЙ МАССЫ ПРИ СОХРАНЕНИИ МЫШЕЧНОГО КОМПОНЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Залетова Т.С.

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия.

Цель. Оценить динамику композиционного состава тела у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, перенесших ишемический инсульт, на фоне комплексной программы медицинской диетологической реабилитации, включающей диетотерапию, дозированную аэробную нагрузку, интервальные гипоксико-гипероксические тренировки и нейромышечную активацию с биологической обратной связью.

Методы исследования. Проведено проспективное интервенционное исследование. В итоговый анализ включено 13 пациентов (6 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 52 до 75 лет (средний возраст $61,9 \pm 2,7$ года) с документально подтвержденным ишемическим инсультом, перенесенным за 1–2 года до начала работы, и сопутствующим ожирением или избыточной массой тела (индекс массы тела ≥ 25 кг/м²). Продолжительность стационарного этапа реабилитации составила 14–18 дней. Оценку эффективности проводили в динамике с помощью биоимпедансометрии, определяя тощую, мышечную и жировую массу тела, а также объем общей жидкости. Статистический анализ выполнен с использованием критерия Уилкоксона и парного t-критерия Стьюдента; различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Зафиксировано статистически значимое снижение медианы массы тела с 86,30 (79,90–100,60) кг до 85,40 (78,20–98,30) кг ($p = 0,002$) и индекса массы тела с 32,50 (28,60–34,80) кг/м² до 31,70 (28,00–34,20) кг/м² ($p = 0,002$). По данным

биоимпедансометрии, редукция веса происходила исключительно за счет жирового компонента: жировая масса уменьшилась с $38,35 \pm 13,51$ кг до $37,10 \pm 13,47$ кг ($p=0,003$), а объем общей жидкости – с $42,08 \pm 8,33$ л до $40,88 \pm 8,13$ л ($p=0,007$). При этом мышечная масса сохранилась на стабильном уровне: $30,35 \pm 7,30$ кг до лечения и $30,05 \pm 7,15$ кг после ($p=0,289$). Тощая масса также не претерпела значимых изменений ($52,07 \pm 11,67$ кг против $52,28 \pm 11,36$ кг, $p=0,129$).

Заключение. Разработанная комплексная программа диетологической реабилитации обеспечивает избирательную редукцию массы тела за счет жирового и жидкостного компонентов при полном сохранении мышечной и тощей массы. Этот результат принципиально важен для постинсультных пациентов, у которых двигательные ограничения создают высокий риск развития саркопении на фоне снижения веса. Сохранение мышечного компонента подтверждает метаболическую безопасность и эффективность предложенного подхода.

ДИНАМИКА ОКИСЛЕНИЯ УГЛЕВОДОВ КАК МАРКЕР МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ГИБКОСТИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА С ОЖИРЕНИЕМ

Залетова Т.С.

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить изменения энерготрат покоя и субстратного окисления макронутриентов (углеводов, жиров и белков) у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, перенесших ишемический инсульт, под влиянием комплексной программы медицинской диетологической реабилитации.

Методы исследования. В проспективное интервенционное исследование включено 13 пациентов (6 женщин, 7 мужчин, средний возраст $61,9 \pm 2,7$ года) с ишемическим инсультом давностью 1–2 года и индексом массы тела ≥ 25 кг/м². Комплексная реабилитация продолжительностью 14–18 дней включала диетотерапию (основной вариант стандартной диеты), дозированную ходьбу на беговой дорожке, интервальные гипоксико-гипероксические тренировки и занятия на системе нейромышечной активации с биологической обратной связью. Энерготраты покоя и скорость окисления углеводов, жиров и белков оценивали методом непрямой респираторной калориметрии до и после курса лечения. Статистический анализ выполнен с использованием критерия Уилкоксона и парного t-критерия Стьюдента.

Результаты. Величина энерготрат покоя сохранялась на стабильном уровне на протяжении всего периода наблюдения, составив в среднем $2056,62 \pm 270,84$ ккал/сут исходно и $2151,77 \pm 376,66$ ккал/сут при завершающем тестировании ($p=0,944$), что нивелирует риски формирования адаптивного термогенеза в ответ на ограничение калорийности рациона. Скорость окисления жиров варьировала в узком коридоре значений: медиана $197,19$ ($173,15–211,62$) г/сут до лечения и $182,76$ ($144,29–218,84$) г/сут после ($p=0,530$). Средняя скорость окисления белков осталась практически неизменной: $77,14 \pm 10,18$ г/сут и $76,95 \pm 10,37$ г/сут соответственно ($p=0,939$). Наиболее значимым метаболическим сдвигом явилось существенное и статистически достоверное увеличение скорости окисления углеводов – медиана показателя возросла практически вдвое: с $49,33$ ($16,30–114,85$) г/сут до $106,01$ ($42,47–135,50$) г/сут ($p=0,005$).

Заключение. На фоне комплексной диетологической реабилитации регистрируется двукратное увеличение утилизации углеводов при стабильных энерготратах покоя и неизменной скорости окисления жиров и белков. Данная динамика может рассматриваться как объективный маркер повышения метаболической гибкости – способности организма эффективно переключаться между окислением липидов и

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний
углеводов – и свидетельствовать о снижении инсулинорезистентности, что имеет ключевое значение для вторичной профилактики цереброваскулярных осложнений.

БЕЗОПАСНОСТЬ ИНТЕРВАЛЬНЫХ ГИПОКСИКО-ГИПЕРОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Залетова Т.С., Зайнудинов З.М.

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить профиль безопасности, переносимость и частоту нежелательных явлений интервальных гипоксико-гипероксических тренировок у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, перенесших ишемический инсульт в отдаленном периоде.

Методы исследования. В исследование включено 13 пациентов (6 женщин, 7 мужчин, средний возраст $61,9 \pm 2,7$ года) с ишемическим инсультом давностью 1–2 года и индексом массы тела ≥ 25 кг/м². В рамках комплексной реабилитационной программы проведено суммарно более 50 сеансов интервальных гипоксико-гипероксических тренировок с автоматической биологической обратной связью. Лимитирующим фактором безопасности выступало снижение уровня сатурации кислорода до порогового значения в 80%, что позволяло индивидуализировать дозу гипоксического воздействия. Регистрировали все нежелательные явления с оценкой степени выраженности (0 – отсутствие, 1 – минимально, 2 – средне, 3 – значительно), а также случаи досрочного прекращения процедуры или отказа от лечения.

Результаты. Отказов от проведения процедур или случаев, потребовавших их полной отмены, за весь период наблюдения не зарегистрировано. У 23,1% пациентов эпизодически возникало субъективное ощущение недостатка воздуха (степень выраженности – 1 балл), у 23,1% отмечалась легкая или умеренная сонливость (1–2 балла). Учащенное сердцебиение минимальной выраженности регистрировалось в 7,6% случаев. Все указанные явления носили преходящий характер, не требовали отмены процедуры и полностью купировались ко 2–3-й тренировке, что соответствует феномену адаптации организма к циклическому гипоксическому стимулу. В одном случае тренировка была однократно завершена досрочно из-за субъективно непривычного затруднения вдоха, однако последующие процедуры пациент перенес без особенностей. Случаев головокружения, головной боли, болей за грудиной или шума в ушах не зафиксировано.

Заключение. Интервальные гипоксико-гипероксические тренировки в составе комплексной диетологической реабилитации демонстрируют высокий профиль безопасности у пациентов с ожирением, перенесших ишемический инсульт. Легкие адаптационные реакции носят преходящий характер и не снижают приверженность пациентов к лечению. Полученные данные обосновывают широкое применение данного метода в реабилитации коморбидных постинсультных больных.

**АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ
СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2
ТИПА**

Иманкулова Д.А., Аляви А.Л.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан.

Цель: оценить состояние первичного гемостаза у пациентов со стабильной стенокардией (СС) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД2).

Материал и методы. В исследование включены 116 пациентов 45–70 лет со стабильной стенокардией (I–III ФК), которые были распределены на две сопоставимые группы: стабильная стенокардия на фоне сахарного диабета 2 типа (СС+СД2, n=58) и стабильная стенокардия без диабета (СС без СД2, n=58). У всех пациентов фиксировали демографические данные, факторы риска и сопутствующую терапию. Кровь брали утром натощак. Определяли PLT, MPV, PDW, hs-CRP, HbA1c и АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов (максимальная амплитуда, %).

Результаты и обсуждение. Метаболические и воспалительные параметры ожидаемо отличались: в группе СС+СД2 HbA1c составил $7,8 \pm 1,1\%$ против $5,6 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$), глюкоза натощак — $8,3 \pm 1,9$ vs $5,3 \pm 0,6$ ммоль/л ($p < 0,001$). Уровень hs-CRP был выше у пациентов с диабетом: $3,9$ ($2,1–6,2$) vs $2,3$ ($1,2–3,8$) мг/л ($p = 0,002$), что отражает более выраженный хронический низкоинтенсивный воспалительный фон. При анализе тромбоцитарных индексов число тромбоцитов (PLT) существенно не различалось: 238 ± 54 vs $226 \pm 49 \times 10^9/\text{л}$ ($p = 0,41$). Вместе с тем показатели, характеризующие морфофункциональную активность тромбоцитов, были значимо выше при наличии СД2: MPV — $10,8 \pm 1,0$ vs $10,1 \pm 0,9$ фл ($p < 0,001$), PDW — $13,5 \pm 2,1$ vs $12,1 \pm 1,8\%$ ($p = 0,001$). Функциональная оценка первичного гемостаза подтвердила усиление тромбоцитарной реактивности: АДФ-индуцированная агрегация была выше в группе СС+СД2 ($63 \pm 12\%$ vs $54 \pm 11\%$; $p < 0,001$). Доля пациентов с «высокой тромбоцитарной реактивностью» (порог $\geq 60\%$ по агрегации) составила 57% в группе СС+СД2 против 30% в группе без диабета ($p = 0,004$). Корреляционный анализ показал, что АДФ-агрегация положительно коррелировала с HbA1c ($r = 0,38$; $p < 0,001$), hs-CRP ($r = 0,29$; $p = 0,002$) и MPV ($r = 0,41$; $p < 0,001$), а также в меньшей степени с PDW ($r = 0,22$; $p = 0,02$). Эти связи подчёркивают интегративную роль метаболической декомпенсации и воспаления в поддержании тромбоцитарной гиперактивности.

Заключение. У пациентов со стабильной стенокардией на фоне сахарного диабета 2 типа выявлены более высокие значения тромбоцитарных индексов MPV и PDW при сопоставимом числе тромбоцитов, а также значимое усиление АДФ-индуцированной агрегации. Метаболическая декомпенсация и низкоинтенсивное воспаление (повышение HbA1c и hs-CRP) ассоциировались с ростом тромбоцитарной реактивности, что подтверждает патогенетическую связь между гипергликемией, воспалением и активацией тромбоцитов. Это обосновывает необходимость более строгого контроля гликемии, коррекции воспалительных и поведенческих факторов риска и персонализации антитромботической стратегии у больных хроническими коронарными синдромами и СД2.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, НЕКАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ**

Каримов А.К., Студенцова И.В., Савчук Е.А., Мамедов М.Н.

ФГБУ НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва,
Россия.

Цель исследования: изучение связи между различными стадиями гипертонической болезни (ГБ), некардиологической патологией и уровнем сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы: В клиническое исследование были включены 253 мужчины и 384 женщины с ГБ различной стадии в сочетании с другими соматическими заболеваниями и факторами риска без наличия других сердечно-сосудистых заболеваний. Стадии ГБ и градации сердечно-сосудистого риска определялись согласно клиническим рекомендациям «Артериальная гипертензия у взрослых» РКО от 2024 года. Некардиологическим патологиям относили заболеваний бронхолегочной системы, сахарного диабета 2 типа, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и щитовидной железы.

Результаты. В обследованной когорте большинство пациентов имели 2 стадию ГБ ($n=422$, 66,2%), у каждого четвертого выявлена 3 стадия ГБ, тогда как 1 стадия ГБ выявлена менее чем у 10% пациентов ($n=44$, 6,9%). Оценка сердечно-сосудистого риска в когорте лиц с ГБ демонстрирует, что только каждый пятый пациент имеет низкий и умеренный риск, тогда как у каждого четвертого пациента выявлен высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск. В группе лиц с ГБ 1 стадии встречаемость одного и двух и более некардиологических заболеваний была сопоставима, то есть каждый второй пациент имеет либо одно дополнительное заболевание или два и более заболеваний. В группе лиц с ГБ 2 стадии 1/3 пациентов имеет одно некардиологическое заболевание, а 2/3 пациентов два и более некардиологических заболеваний. У лиц с ГБ 3 стадии соотношение этих подгрупп существенно изменена в пользу двух и более некардиологических заболеваний. В целом, в группе лиц с ГБ 3 стадии частота двух и более некардиологических заболеваний оказалась в 1,5 раза больше по сравнению с группой лиц с ГБ 1 стадии. Аналогичный анализ был проведен и среди лиц с различным сердечно-сосудистым риском. Два и более дополнительные некардиологические заболевания наиболее часто выявлена в группу лиц с очень высоким сердечно-сосудистым риском, что в 2,5 раза больше по сравнению с группой лиц с низким сердечно-сосудистым риском. В группе лиц с умеренным и высоким сердечно-сосудистым риском частота двух и более некардиологических заболеваний также оказалась в 2 раза больше по сравнению с пациентами, имеющие низкий сердечно-сосудистый риск. Следовательно, частота одного некардиологического заболевания в группах с различным уровнем сердечно-сосудистого риска имеет обратную закономерность.

Заключение. В когорте пациентов с ГБ у большинства выявляется 2 ее стадия, у которых каждый третий имеет очень высокий сердечно-сосудистый риск. У лиц с ГБ 2 и 3 стадии, также как и у лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском часто встречается два и более некардиологических заболеваний, что необходимо учитывать при проведении комплексных профилактических мероприятий.

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний
**ОЦЕНКА КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК НА ФОНЕ 8-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В
СОЧЕТАНИИ С НЕКАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Каримов А.К., Студенцова И.В., Савчук Е.А., Мамедов М.Н.
ФБГУ НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва,
Россия.

Цель исследования: оценка 8-летних конечных точек у пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с различным количеством некардиологической патологии.

Материалы и методы. В ретроспективно-проспективное исследование включены 637 пациентов, госпитализированные в НМИЦ терапии и профилактической медицины для планового проведения диагностических процедур и коррекции медикаментозной терапии в 2016 году с основным диагнозом ГБ. Критерии включения: мужчины и женщины в возрастном диапазоне 40-80 лет с клиническим диагнозом ГБ 1-3 степени (РКО, 2024 г.) без наличия других сердечно-сосудистых заболеваний. Допускалось наличие других соматических заболеваний и факторов риска ХНИЗ. Через 8 лет наблюдения проводился телефонный обзвон пациентов и их близких родственников на предмет регистрации развития осложнений, включая смертельные и несмертельные случаи. Отклик составил 92%.

Результаты: Исходно пациенты с ГБ в зависимости от количества дополнительных некардиологических заболеваний были распределены в две группы: ГБ в сочетании с одним некардиологическим заболеванием и с двумя и более некардиологическими заболеваниями. В первой группе общая смерть зарегистрирована у 12,8%, во второй группе смертельные исходы зафиксированы в два раза больше и составил 24,3% случаев. Сердечно-сосудистая смерть также в два раза чаще выявляется во второй группе по сравнению с первой группой (15% и 8,7%, соответственно). Среди мужчин различия между группами в зависимости от количества некардиологической патологии составляет 2 раза (13,1% и 6%, соответственно), а среди женщин в 1,5 раза (16,2% и 9,8%, соответственно). За время наблюдения инфаркт миокарда в первой группе составил 2,4%, а во второй группе – 4,9%. Аналогичная тенденция выявлена и по развитию острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Так, в первой группе ОНМК зарегистрировано в 3,6%, во второй группе в 5,2% случаев. Среди мужчин и женщин инциденты инфаркта миокарда между группами различаются почти в 2 раза, тогда как инциденты ОНМК в группах по гендерному признаку статистически не различались. В когорте за время наблюдения коронарная реваскуляризация выполнена до 10% случаев, во второй группе ее частота оказалась в 1,5 раза больше по сравнению с первой группой. Среди мужчин и женщин наблюдается сопоставимые различия в обеих группах.

Заключение. Таким образом, за 8 лет наблюдения в группе лиц с ГБ в сочетании с двумя и более некардиологическими заболеваниями общая смерть и сердечно-сосудистая смерть оказалась в два раза больше по сравнению с группой лиц с ГБ в сочетании с одним некардиологическим заболеванием. Очевидно, что при разработке профилактических программ необходимо учитывать не только степени АГ, модифицируемых факторов риска, поражение органов-мишеней, но и наличие дополнительных некардиологических заболеваний, которые в совокупности увеличивают риск развития осложнений и смертельных случаев.

ОЦЕНКА ТОЧНОСТИ ИЗМЕРЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ SMART- ЧАСОВ

Малыхин Ф.Т., Старовойтова Е.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия.

Цель исследования: оценить взаимосвязь показателей сатурации кислорода (SpO_2) и частоты сердечных сокращений (ЧСС, пульса), полученных с помощью смарт-часов и медицинского пульсоксиметра.

Материал и методы. Сбор данных осуществлялся среди здоровых добровольцев, а также пациентов отделений пульмонологии, анестезиологии и реанимации с помощью смарт-часов Apple Watch Series 9 и медицинского пульсоксиметра Little Doctor MD300C23, в группах 150 здоровых добровольцев и 150 пациентов отделений пульмонологии, анестезиологии и реанимации, представителей обоих полов в трех возрастных категориях. Для статистического анализа результатов использовался пакет SPSS Statistics (описательная статистика, t-критерий Стьюдента, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, метод Блэнда-Альтмана). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. В категории лиц без клинических проявлений заболеваний, как у мужчин, так и у женщин разных возрастных групп, полученные результаты продемонстрировали относительно высокую точность измерений (погрешность SpO_2 2–4 %, пульса 4–5 уд/мин, $r = 0,64–0,71$). В категории лиц с диагностированными заболеваниями, как у мужчин, так и у женщин разных возрастных групп, полученные результаты продемонстрировали значительно более низкую точность измерений, часы систематически завышали SpO_2 . Максимальная относительная погрешность для SpO_2 : 11,49 % у женщин, 7,87 % у мужчин. Максимальная относительная погрешность для пульса: 12,64 % у мужчин, 10,84 % у женщин. Выявленные погрешности SpO_2 у пациентов в 2,5–4,2 раза превышают аналогичные показатели (погрешности) в группе здоровых лиц ($p < 0,001$). Выявленные погрешности измерений пульса у больных в 1,9–2,5 раза выше, чем у здоровых ($p = 0,05$; $p = 0,004$).

Заключение. SMART-часы демонстрируют высокую точность у здоровых людей благодаря стандартизированным алгоритмам обработки данных и стабильности физиологических процессов. Однако у пациентов с патологиями наблюдаются значительные погрешности, вызванные изменениями кровообращения, качеством сигнала и индивидуальной реакцией организма. Эти факторы требуют разработки специализированных подходов и протоколов оценки данных, учитывающих специфику заболеваний и состояние здоровья конкретного пациента.

Таким образом, представляется обоснованным заключить, что применение SMART-часов наиболее целесообразно среди лиц, не страдающих патологическими нарушениями здоровья, поскольку именно в данной группе обеспечивается максимальная точность получаемых данных. Напротив, пациентам с установленными диагнозами хронических заболеваний рекомендуется воздерживаться от активного использования SMART-устройств ввиду значительных ошибок измерений.

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний

ВЫЯВЛЕНИЕ СМЕРТЕЛЬНЫХ И НЕСМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Марданов Б.У., Мамедов М.Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия.

Цель исследования. Изучить однолетний прогноз больных острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца и сахарным диабетом 2 типа после коронарной реваскуляризации.

Материал и методы. В проспективное сравнительное клиническое исследование включены 202 мужчин и женщин с острыми и хроническими формами ИБС. В зависимости от гликемического статуса и формы ИБС больные были распределены в четыре группы: острые формы ИБС и сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа); острые формы ИБС без СД 2 типа (контрольная группа); хронические формы ИБС и СД 2 типа; хронические формы ИБС без СД 2 типа (контрольная группа). Всем пациентам проводилось ЧКВ и при необходимости стентирование коронарных артерий. Через год после выписки с помощью телефонного обзвона зарегистрировались следующие конечные точки: повторный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, повторная госпитализация, повторная реваскуляризация и смерть.

Результаты. В группах пациентов с острой и хронической формой ИБС без СД2 один стент устанавливался в 2-3 раза чаще по сравнению с группами с СД2; различие было статистически значимо. Группы лиц с острой и хронической формой ИБС и СД2 по частоте установления двух стентов не различались. Число пациентов с тремя стентами во всех 4-х группах оказалось сопоставимым и, в среднем, составило до 15% случаев. Четыре и пять стентов установлено не более чем у 10% пациентов. В целом, среднее количество стентов во всех группах оказалось сопоставимым, и статистически значимые различия между группами не выявлены.

В течение одного года после выписки среди лиц с острой и хронической формами ИБС и СД 2 типа число госпитализаций, повторных вмешательств, повторный инфаркт миокарда и мозговой инсульт в абсолютных цифрах оказались выше в группах с СД 2 типа, хотя различия не достигли статистической достоверности. При этом суммарные показатели конечных точек у лиц с СД 2 типа в сочетании с острой (70% и 30,1%, $p<0,001$) и хронической формами ИБС (63,3% и 25,5%, $p<0,001$) оказались в 2 раза выше по сравнению с соответствующими контрольными группами.

Заключение. Таким образом, через год наблюдения суммарные показатели несмертельных и смертельных осложнений у больных острыми и хроническими формами ИБС в сочетании с СД 2 типа оказались в 2 раза больше по сравнению с пациентами без СД 2 типа, что подчеркивает важность проведения вторичной профилактики, включая длительную комплексную медикаментозную коррекцию.

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний

**ПРИМЕНЕНИЕ СЕМАГЛУТИДА В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ И
ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
2-ГО ТИПА**

Мехдиев Т.В.

Шекинский филиал Азербайджанского Государственного Педагогического
Университета, многопрофильная клиника «Альянс», Шеки, Азербайджан.

Цель: изучить эффективность лечения семаглутидом людей с сахарным диабетом 2-го типа (СД2), страдающих ожирением и избыточной массой тела.

Материалы и методы. В исследование были включены 78 пациентов с СД2 в возрасте от 18 до 75 лет со стажем заболевания диабетом от 6 месяцев до 30 лет, проходивших лечение в Шекинской клинике «Альянс» в период с 2021 по 2025 год. Классификация избыточной массы тела и ожирения проводилась на основании индекса массы тела (ВОЗ, 2004): $ИМТ \geq 27 \text{ кг/м}^2$ - избыточная масса тела; $ИМТ 30-34,9 \text{ кг/м}^2$ - ожирение I степени; $ИМТ 35-39,9 \text{ кг/м}^2$ - ожирение II степени; $ИМТ \geq 40 \text{ кг/м}^2$ - ожирение III степени.

Препарат семаглутид (или Оземпик) назначался по специально принятой схеме: 0,25 мг один раз в неделю в одно и то же время в течение 4 недель; на последующих этапах доза увеличивалась с 0,5 мг до 1 мг, в некоторых случаях достигая 1,5 мг. Потеря массы тела (ПМТ) в процессе лечения оценивалась через 12, 24 и 48 недель (н).

Включенным в исследование пациентам проводились лабораторные исследования (общий, клинический и биохимический анализы крови и мочи), определение гликированного гемоглобина (HbA1C), среднего уровня глюкозы, индекса НОМА, С-пептида, креатинина, мочевой кислоты, альбумина и микроальбуминурии, исследование липидного спектра крови (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, триглицериды, индекс атерогенности), коагулограмма, рентгеноскопия органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, а также оценка топографии жировой ткани методами КТ и МРТ. Всем больным выполнялись ЭКГ и ЭхоКГ, а для исключения наличия автономной диабетической нейропатии применялись адекватные тесты.

В исследование не включались пациенты с ССЗ в стадии декомпенсации, острыми заболеваниями почек и печени, особенно с часто обостряющимися панкреатитами, холелитиазом и гепатохолециститом в анамнезе, онкологическими заболеваниями, находящиеся на программном диализе, а также лица с повышенной чувствительностью к препарату. Статистический анализ проводился методами дискриминантного анализа (χ^2 Пирсона) (тетрахорического и полихорического).

Результаты. Из 78 включенных в исследование пациентов с ожирением и избыточной массой тела у 11 (14,1%) отмечалась избыточная масса тела, у 21 (26,9%) - ожирение I степени, у 32 (41,0%) - ожирение II степени и у 14 (18,3%) - ожирение III степени.

До лечения целевой уровень гликемии ($HbA1c \leq 6,5\%$) был установлен у 15 (19,2%) пациентов, тогда как недостижение целевого уровня гликемии ($HbA1c > 6,5\%$) наблюдалось у 63 (80,8%) больных.

После проведенного лечения семаглутидом из 78 пациентов с СД2 у 11 (14,1%) потеря массы тела (ПМТ) составила $< 5\%$, у 44 (56,4%) - ПМТ от 5% до 10%, а у 23 (29,5%) - ПМТ $\geq 10\%$. Число пациентов с ПМТ от 5% до 10% оказалось преобладающим. Между группами пациентов с ПМТ $< 5\%$ и ПМТ $\geq 10\%$ была выявлена статистически значимая разница ($p < 0,001$).

В результате терапии семаглутидом из 78 пациентов с СД2, имеющих ожирение и избыточную массу тела, у 59 (75,6%) был достигнут целевой уровень гликемии ($HbA1c \leq 6,5\%$), а у 19 (24,4%) гликемия оставалась вне целевого диапазона. У лиц с ПМТ $< 5\%$ значимой положительной динамики в достижении целевой гликемии и

показателях индекса НОМА обнаружено не было. У пациентов с ожирением и избыточной массой тела, достигших ПМТ в пределах 5–10% и $\geq 10\%$ за указанные интервалы периода лечения семаглутидом, наблюдалась нормализация артериального давления, а также существенные положительные изменения в липидном спектре крови и других метаболических и кардиоваскулярных показателях, включая индекс НОМА (ИР).

Заключение. При длительном лечении семаглутидом пациентов с СД2, сопровождающимся ожирением и избыточной массой тела, число больных с ПМТ в пределах 5–10% составило 56,4%, а с ПМТ $\geq 10\%$ - 29,5%. У пациентов с ПМТ $\geq 10\%$ было обеспечено достижение целевых гликемических показателей и отмечена позитивная динамика метаболических и кардиоваскулярных параметров.

ХАРАКТЕРИСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

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

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

²ФГБУ Научно-Медицинский Исследовательский Центр Терапии и Профилактической Медицины МЗ РФ, Москва, Россия.

Цель. Целью данного исследования было изучение характеристик нарушений питания у азербайджанского населения с сахарным диабетом 2 типа (СД2) в зависимости от пола, гликемического статуса и уровня артериального давления (АД).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 528 пациентов с СД2 (161 мужчин - 30,5%, 367 женщин - 69,5%), средний возраст которых составил $53,9 \pm 0,4$ года. Все участники исследования отвечали на вопросы международного опросника «ARIC», касающиеся особенностей питания и наличия нарушений углеводно-жирового и солевого обмена. Наличие одного типа метаболических нарушений расценивалось как лёгкая степень нарушений питания (1,0–1,9 балла), двух типов – как умеренная степень (2,0–2,9 балла), трёх типов – как тяжёлая степень ($\geq 3,0$ балла), тогда как показатели 0–0,9 балла соответствовали здоровому типу питания. Уровень АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. расценивался как артериальная гипертензия (АГ), а значение гликированного гемоглобина (HbA1c) $\geq 7\%$ – как признак неудовлетворительного гликемического контроля.

Результаты. Лёгкая степень нарушений питания чаще выявлялась у мужчин по сравнению с женщинами (43,5% против 36,8% соответственно; $p < 0,01$), тогда как умеренная (32,2% против 26,7% соответственно; $p < 0,01$) и тяжёлая степени нарушений питания (6,0% против 4,3% соответственно; $p < 0,01$) достоверно чаще встречались среди женщин. У пациентов с уровнем HbA1c $\geq 7\%$ лёгкая, умеренная и тяжёлая степени нарушений питания регистрировались реже ($40,9 \pm 2,6\%$, $20,9 \pm 2,2\%$ и $4,3 \pm 1,1\%$ соответственно) по сравнению с пациентами с HbA1c $< 7\%$ ($44,4 \pm 5,5\%$, $29,6 \pm 5,1\%$ и $7,4 \pm 2,9\%$ соответственно; $p = 0,034$). Кроме того, нарушения питания несколько чаще встречались у нормотензивных пациентов с СД2 по сравнению с пациентами, страдающими АГ ($77,9 \pm 4,1\%$ против $74,1 \pm 2,1\%$ соответственно), однако выявленные различия не достигали статистической значимости ($p > 0,05$).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего усиления просветительских и профилактических мероприятий, направленных на формирование рационального питания среди женщин с СД2. В исследуемой

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний
популяции нарушения питания вносят существенный вклад в декомпенсацию СД2 и развитие АГ, однако их влияние реализуется не изолированно, а в сочетании с другими метаболическими и сердечно-сосудистыми факторами риска.

ЛЕГОЧНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ ПОД МАСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГИДРОПНЕВМОТОРАКСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мозжухин Я. А., Габрелян А. А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Экстрагенитальный эндометриоз – заболевание, при котором эктопические железистые и стромальные структуры эндометрия, разрастаются за пределами матки. Одной из наиболее сложных для диагностики форм является легочный эндометриоз с гетеротопиями в грудной полости.

Цель работы — на основе клинического случая продемонстрировать сложный путь постановки редкого диагноза при рецидивирующем гидропневмотораксе.

Материалы и методы. Выполнен обзор литературы и представлен анализ клинического случая пациентки.

Результаты. Пациентка, 1984 г.р., обратилась в связи рецидивирующим болевым синдромом в правой половине грудной клетки и одышкой. Настоящее ухудшение за 6 мес до обращения, когда впервые отметила появление резкой боли в правой половине грудной клетке. При дообследовании выявлен правосторонний гидропневмоторакс, проведена плевральная пункция с эвакуацией 600 мл жидкости, соответствующая по лабораторным данным транссудату с преобладаем лимфоцитов без атипичных клеток по цитологии. Консультирована профильными специалистами и проведено дообследование для исключения онкозаболеваний, туберкулеза, СЗСТ, в ходе которых этиология гидропневмоторакса не была установлена. По МРТ органов брюшной полости и малого таза патологии не выявлено. По ОАК отклонений не выявлено, СРБ 2,6 мг/л. В дальнейшем у пациентки были ежемесячные рецидивы гидропневмоторакса, которые она в последующем смогла связать с фазами менструального цикла. Консультирована гинекологом – диагностирован эндометриоз.

Направлена в отделение торакальной хирургии, в котором проведена правосторонняя плеврэктомия, биопсия плевры, в ходе которой подтвердился легочный эндометриоз.

Заключение. Клинический случай иллюстрирует редкое проявление легочного эндометриоза — катамениальный рецидивирующий гидропневмоторакс, встречающийся лишь у 10 % пациентов. Диагностический поиск при рецидивирующем пневмотораксе и гидротораксе часто требует не только стандартных методов обследования для выявления наиболее частых причин, но и тщательного сбора анамнеза и в ряде случаев морфологической верификации в сложных диагностических случаях.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕКЛАССИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПО ШКАЛЕ SCORE С УЧЁТОМ ИНДЕКСА АГАТСТОНА ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА И ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Никонова К.В., Мамедов М.Н.

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, Россия.

Цель. Продемонстрировать возможности реклассификации сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентки с бессимптомной ишемией миокарда и атеросклеротическим поражением периферических и коронарных артерий при умеренном риске по шкале SCORE и высоком ССР по индексу Агатстона для оптимизации медикаментозной терапии.

Материал и методы. Пациентка С., 57 лет, впервые обратилась на амбулаторный приём к кардиологу ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в мае 2023 г. с жалобами на повышение АД до 155/90 мм рт. ст. Анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету неотягощён. ИМТ 30 кг/м². По данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (2024 г.) — стеноз 20%. Со слов пациентки: досаливает пищу, ведёт малоподвижный образ жизни. Курит на протяжении 20 лет по 10 сигарет в сутки. Эпизодически принимает Азилсартан с диуретиком в дозе 40/12,5 мг 1 раз в сутки. По данным биохимического анализа крови: общий холестерин 7,0 ммоль/л, АЛТ 20 Ед/л, АСТ 30 Ед/л. С учётом начального атеросклеротического процесса в периферических артериях и уровня общего холестерина рассматривался вопрос о назначении статинов. Проведено дообследование: повторное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, МСКТ коронарных артерий с оценкой коронарного кальция по шкале Агатстона.

Результаты. По данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий выявлен стеноз левой сонной артерии 25%. По данным МСКТ коронарных артерий: кальцинаты в проекции передней межжелудочковой ветви объёмом 171 мм³ (КИ=578 ед.), в правой коронарной артерии объёмом 56 мм³ (КИ=160 ед.); в огибающей артерии кальцинированных бляшек не выявлено. Суммарный коронарный индекс по Агатстону составил 738 ед., что соответствует высокому кардиоваскулярному риску. Риск по шкале SCORE — умеренный (4%). С учётом полученных данных проведена коррекция антигипертензивной терапии: добавлен блокатор кальциевых каналов Лерканидипин 10 мг 1 раз в сутки вечером на фоне продолжения приёма Азилсартана с хлорталидоном 40/12,5 мг ежедневно под контролем АД. Назначена комбинированная гиполипидемическая терапия: розувастатин/эзетимиб 20/10 мг под контролем липидограммы и печёночных ферментов. Через 6 недель при повторном осмотре отмечена нормализация АД до 125/82 мм рт. ст., снижение общего холестерина до 4,0 ммоль/л, ХС ЛПНП до 1,7 ммоль/л; АЛТ 28 Ед/л, АСТ 35 Ед/л.

Заключение. Шкала SCORE не учитывает ряд значимых факторов (бессимптомная ишемия миокарда, гиподинамия, нездоровые пищевые привычки) и в ряде случаев недостаточна для точной стратификации ССР и принятия решения о медикаментозной терапии. Сопоставление шкалы SCORE с индексом Агатстона позволило провести реклассификацию риска с умеренного на высокий и своевременно назначить адекватную гиполипидемическую и антигипертензивную терапию, что обеспечило достижение целевых значений АД и липидного профиля в короткие сроки.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫБОР ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ

ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Осмиева З.М., Мамедов М.Н., Небиеридзе Д.В., Ахмеджанов Н.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия.

Цель. Проанализировать факторы, влияющие на назначение гиполипидемической терапии (или отказ от неё) у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в амбулаторной практике 59 регионов РФ.

Материалы и методы. Многоцентровое обсервационное исследование АРГО (n=18 273 пациентов, 217 поликлиник, 59 субъектов РФ). У всех пациентов собраны социально-демографические данные, клинический анамнез, текущая терапия. При отсутствии терапии фиксировалась причина (не назначали, отказ пациента, стоимость, побочные эффекты и др.). Уровень общего холестерина (ОХС) измерен экспресс-методом (Accutrend Plus).

Результаты. В обследованной когорте большую часть составляли женщины - 58,9%, мужчины - 41,1%. Средний возраст составил 60 лет. Средний уровень ОХС в когорте — 5,8 ммоль/л, при этом целевых значений достигают <10% пациентов.

Основные причины отсутствия терапии: неназначение врачом (≈40%), отказ пациента из-за страхов/непонимания (25%), высокая стоимость (15%), побочные эффекты в анамнезе (12%). Пациенты с инвалидностью принимают статины чаще работающих (OR=2,35; p<0,0001). Высокая стоимость значимо чаще (15,2%; OR=3,80) приводит к отказу у пенсионеров и инвалидов. У пациентов после стентирования/АКШ целевой уровень ОХС достигнут лишь в 5,62%. Эффективнее снижал ОХС розувастатин по сравнению с аторвастатином (4,8±1,2 против 5,3±1,3 ммоль/л; p=0,003).

Заключение. Таким образом, основной причиной отсутствия липидснижающей терапии является терапевтическая инертность врача («неназначение»). Социально-экономические факторы (низкий доход, отсутствие льгот) и низкая приверженность пациентов также значимо ограничивают терапию. При назначении дозы препаратов не титруются для достижения целевого уровня. Полученные данные обосновывают необходимость адресных образовательных программ для врачей и пациентов.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Панахова Д.З.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия.

Цель. Определить приверженность антиагрегантной терапии пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) за 4-летний период наблюдения в Республике Дагестан.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное, наблюдательное, когортное исследование 85 пациентов, госпитализированных в плановом порядке с 1.01.2015 г. по 31.12.2017 г. с диагнозом «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения» в Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (ДЦК и ССХ). Больные получали лечение, назначенное лечащим врачом, в процессе исследования коррекции лечения со стороны исследователя не проводилось. Для

оценки комплаентности терапии больных на амбулаторном этапе проводилось анкетирование пациентов на визите повторного обследования в 2019-2020 г.г. по разработанной анкете в рамках настоящего исследования. Оценка приверженности двойной антиагрегантной терапии проводилась по данным анкетирования в ходе телефонного опроса 49 пациентов, перенёсших реваскуляризацию миокарда за период наблюдения, которым, согласно современным клиническим рекомендациям, был показан сочетанный приём препаратов ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела в течение 1 года после вмешательства.

Результаты. Среди 80 пациентов, явившихся на повторное обследование, при проведении анкетирования по оценке приверженности пациентов к лечению было установлено, что приверженными рекомендованной медикаментозной терапии оставались 41 пациент (51,3%).

На момент проведения исследования в 2019-2020 г.г. из 49 пациентов, перенёсших реваскуляризацию миокарда за период наблюдения, которым был показан сочетанный приём препаратов ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела в течение 1 года после вмешательства, остались живы 48 пациентов, умер 1 пациент. По данным анкетирования этих 48 пациентов было установлено, что только 17 больных принимали двойную антиагрегантную терапию в течение 1 года, что составило 34,7% от всех пациентов, которым она была показана ($n=49$). Более 1 года двойную антиагрегантную терапию принимали 19 пациентов (38,8%). Информацию о приёме ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела у 1 умершего пациента получить не представлялось возможным.

Таким образом, лишь 34,7% опрошенных пациентов принимали двойную антиагрегантную терапию полный срок (1 год), 6,1% – 4-6 месяцев, 8,2% – 1-3 месяца и 38,8% – более 1 года.

Препарат ацетилсалициловой кислоты был рекомендован на дом 98% пациентов при первичной госпитализации, но на момент повторного обследования его принимали только 89% пациентов, различия статистически значимы ($p=0,039$).

Заключение. Спустя 4 года после первичной госпитализации частота приёма антиагрегантной терапии у пациентов со стабильной ИБС оставалась неудовлетворительной. Причиной этого служит низкая приверженность пациентов к рекомендованной медикаментозной терапии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ И АТЕРОСКЛЕРОЗ: ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Расулова З.Д.^{1,2}, Ибодуллоев М.С.^{1,2}, Юлдашев Ё.К.²

¹Военно-медицинский институт при Университете военной безопасности и обороны Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.

²Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.

Цель работы. Оценить эффективность применения урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) и комплекса реабилитационных мероприятий (КРМ) на показатели стеатоза печени и антиатерогенную активность у больных с метаболически ассоциированной жировой болезнью печени (МАЗБП).

Материалы и методы. 50 пациентов (мужчины), включенных в исследование среди прикрепленного контингента с МАЗБП в возрасте 25-45 лет, а также 20 практически здоровых лиц в возрасте 25-45 лет. Больные были распределены на группы в зависимости от уровня индекса массы тела (ИМТ): 1 группу – 28 лиц с избыточной массой тела $ИМТ=28,6\pm 3,1$ кг/м²; 2 группу – 22 с нормальной $ИМТ=23,8\pm 3,4$ кг/м². Всем проводили исходно и через 12 недель наблюдения определяли: в сыворотке

крови холестерина ОХС, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), глюкозы, АСТ (аспартатаминотрансфераза в ед/л), АЛТ (аланинаминотрансфераза в ед/л); расчетным методом: индекс висцерального ожирения (ИВО), индекс Hepatic steatosis index (HSI), индекс Fibrosis Score FIB-4, индекс накопления липидов (LAP); проводили доплерографию брахиоцефальных артерий (БЦА) с определением толщины интим-медиа (ТИМ) на уровне общих сонных артериях (ОСА). Уровень физической активности оценивался с помощью международного опросника физической активности (IPAQ). Разработанный нами КРМ включал: лечебную физкультуру, дозированную ходьбу, различные спортивные игры; интенсивные физические тренировки. Пациенты принимали УДХК 10-15 мг на 1 кг массы тела в течение 12 недель.

Результаты. Физическая активность по результатам опросника IPAQ в обеих группах пациентов была оценена высокой. Результаты исследования показали, что в 1 и 2 группах респондентов ЛПНП составил $3,35 \pm 1,1$ и $3,28 \pm 1,07$ ммоль/л, ТГ – $2,8 \pm 0,99$ и $2,4 \pm 0,97$ ммоль/л соответственно; LAP – $50,2 \pm 5,2$ и $45,5 \pm 3,3$ соответственно; ИВО – $1,97 \pm 1,08$ и $1,4 \pm 1,0$; индекс HSI – $46,9 \pm 7,2$ и $42,0 \pm 6,3$ соответственно; FIB-4 – $1,56 \pm 0,48$ и $1,2 \pm 0,3$ соответственно; при этом показатели ИВО, индекс HSI, FIB-4 во обеих группах были достоверно выше по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,05$). В 1 и 2 группах отмечалось повышение утолщения ТИМ ОСА и составили $0,89 \pm 0,14$ и $0,82 \pm 0,15$ см соответственно на 25,8% ($p < 0,05$) и 19,5% ($p < 0,05$) больше контрольной группы ($0,66 \pm 0,97$), хотя средние значения оставались нормальными. В динамике лечения через 12 недель отмечалось: в 1 и 2 группах снижение ЛПНП на 12,3% ($p < 0,05$) и 10,8% ($p < 0,05$); ТГ – 11% ($p < 0,05$) и 10,5% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с исходными показателями. Отмечалась тенденция к уменьшению ИМТ в 1 и 2 группе на 8,9% ($p < 0,05$) и 1,8% ($p > 0,05$). В 1 и 2 группе также была отмечена динамика показателей ВО и фиброза печени с достоверным уменьшением ИВО на 12,5% ($p < 0,05$) и 9,5% ($p < 0,05$), LAP – на 13,5% ($p < 0,05$) и 11,0% ($p < 0,05$), индекса стеатоза HSI – на 10% ($p < 0,05$) и 9% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с исходными показателями. Динамика показателей ТИМ на уровне сонных артерий имела только тенденцию к улучшению показателей.

Заключение. Показана роль индексов ВО и стеатоза печени (ИВО, LAP, HSI, FIB-4), как потенциальных маркеров раннего скрининга МАЖБП и риска атеросклероза. Применение препаратов УДХК в сочетании с КРМ в качестве патогенетической терапии у пациентов с МАЖБП приводит к улучшению показателей стеатоза и обладает потенциальными антиатерогенными свойствами.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИБС: ОПЫТ САНАТОРИЯ УЗБЕКИСТАН (Г.КИСЛОВОДСК)

Расулова З.Д.¹, Юлдашев Ё.К.²

¹Военно-медицинский институт при Университете военной безопасности и обороны Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.

²Центральная консультативно-диагностическая поликлиника №1 Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: разработать профилактическую программу сердечно-сосудистой реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) с применением комплекса аэробных упражнений на этапе санаторно-курортного лечения.

Материал и методы: Обследовано 90 лиц с ИБС (Стабильная стенокардия напряжения (СН) I–II функционального класса (ФК)); первую группу составили 55 больных с СН ФК I–II, средний возраст $68,2 \pm 1,5$ года, которые в течение 14 дней в условиях санаторно-курортного лечения на фоне базисной терапии (бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты, статины) проходили разработанную нами программу физической реабилитации (лечебную физкультуру и дозированные аэробные нагрузки, терренкур в зависимости от физической тренированности (ФТ) ежедневно; групповые занятия по психологической разгрузке) + озонотерапию; вторую группу - 35 лиц с СН ФК I–II, средний возраст $66,2 \pm 2,5$ года, проходили только разработанную нами реабилитационную программу. Озонотерапию проводилась в виде внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 2–4 мг/л, 3 раза в неделю, всего 7 процедур. Всем проводили: оценку физической активности (ФА) с помощью: теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и международного опросника физической активности (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ). По результатам этих тестов определяли 3 уровней ФТ и интенсивности физической реабилитации: низкий, средний, высокий. Оценка ФТ определяли исходно и через 14 дней лечения. Контроль проводимой физической нагрузки проводился под контролем ЧСС. Исходно, а также через 2 недели после лечения определяли уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП).

Результаты. Результаты исследования показали, что у лиц 1 и 2 группы исходные показатели ТШХ составили $385,5 \pm 35,9$ и $366,3 \pm 46,5$ метров соответственно; показатели глюкозы составили: $6,1 \pm 0,9$ и $5,9 \pm 0,5$ ммоль/л, ЛПНП – $3,1 \pm 0,9$ и $2,9 \pm 0,5$ ммоль/л и ТГ – $3,7 \pm 0,8$ и $3,9 \pm 0,6$ ммоль/л. После 14 дней лечения в 1 и 2 группе ТШХ увеличился на 17,5% ($p < 0,05$) и 9,7% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с исходными показателями, уровень глюкозы уменьшился на 7,5% ($p < 0,05$) и 2,2% ($p > 0,05$), ЛПНП на 6,8% ($p < 0,05$) и 4,5% ($p > 0,05$), ТГ на 9,5% ($p < 0,05$) и 4,6% ($p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, в условиях санаторно-курортного лечения на фоне базисной терапии разработанная нами программа физической реабилитации (лечебная физкультура и дозированные аэробные нагрузки, терренкур; групповые занятия по психологической разгрузке) + озонотерапия показала достоверное повышение толерантности к физической нагрузке, улучшение показателей углеводного и липидного обмена.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ИСХОДЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПО PHQ-2 И GAD-2

Серикбаева М.Т.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан.

Актуальность. Психическое здоровье является важным компонентом общего здоровья человека. Симптомы депрессии и тревоги связаны с изменениями поведения, снижением приверженности лечению, хроническим стрессом и физиологическими механизмами, которые могут повышать риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель исследования. Оценить связь симптомов депрессии и тревоги, измеренных с помощью опросников PHQ-2 и GAD-2, с сердечно-сосудистыми исходами.

Материалы и методы. Для скрининговой оценки психического здоровья использовались:

- **PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2)** — краткий инструмент для выявления депрессивных симптомов;
- **GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2)** — краткий инструмент для выявления симптомов тревоги.

Участники были распределены по наличию или отсутствию признаков депрессии и тревоги согласно установленным пороговым значениям шкал. В качестве сердечно-сосудистых исходов рассматривались наличие ССЗ, инфаркт миокарда, инсульт, госпитализации по сердечно-сосудистым причинам или другие показатели (в зависимости от вашего исследования).

Результаты. Анализ показал распространенность симптомов депрессии и тревоги в исследуемой популяции. Была проведена оценка связи между результатами PHQ-2 и GAD-2 и сердечно-сосудистыми исходами. Полученные данные позволили определить, ассоциируются ли более высокие показатели психоэмоционального неблагополучия с повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Заключение. Результаты исследования подчеркивают важность скрининга психического здоровья в рамках профилактики и контроля сердечно-сосудистых заболеваний. Использование кратких опросников PHQ-2 и GAD-2 может способствовать раннему выявлению лиц с повышенным риском неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР У РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Укла А.¹, Счастливенко А.И.², Подпалов В.П.²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь.

²УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь.

Цель работы. Проанализировать значимые факторы риска развития артериальной гипертензии (АГ) и оценить эффективность профилактических мероприятий у работников нефтеперерабатывающей промышленности.

Материалы и методы. Проведено 10-летнее проспективное исследование (2004/2005–2014/2015 гг.) среди 1431 работника ОАО «Нафтан». Из 986 человек с нормальным уровнем артериального давления (АД) исходно 664 работали в условиях воздействия неблагоприятных производственных факторов. Использовались стандартные опросники, антропометрия, определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), ЭКГ, биохимический анализ крови (липидный профиль, глюкоза, креатинин). Статистический анализ выполнен с применением регрессионного анализа Кокса.

Результаты. По результатам наблюдений, заболеваемость АГ составила 31,5% у лиц без НПФ и 40,1% у работающих с НПФ ($p < 0,05$). Наиболее значимая связь выявлена с психофизиологическими факторами, обусловленными напряженностью труда. Построена многофакторная прогностическая модель ($\chi^2 = 227,3$; $df = 15$; $p < 0,001$) с чувствительностью 80,2% и специфичностью 86,5%. В модель вошли: возраст, пол, наличие неблагоприятных производственных факторов, сумма амплитуд зубцов $SV_1 + RV_{5-6} \geq 24$ мм, злоупотребление алкоголем, уровень ПВЧПС $\geq 0,25\%$, диастолическое АД ≥ 80 мм рт.ст., низкая физическая активность, ИМТ ≥ 25 кг/м²,

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний
глюкоза $>6,4$ ммоль/л, триглицериды $\geq 2,0$ ммоль/л, общий холестерин $\geq 5,2$ ммоль/л, неоптимальная скорость клубочковой фильтрации (<88 или ≥ 100 мл/мин), курение, ХС-ЛПВП $\leq 1,25$ ммоль/л. Профилактические мероприятия на базе санатория показали эффективность прежде всего в группе высокого и среднего риска среди работающих с неблагоприятными производственными факторами.

Заключение. Таким образом, выявлена высокая заболеваемость АГ среди работников нефтеперерабатывающей промышленности, прежде всего при воздействии неблагоприятных производственных факторов. Разработанная многофакторная модель позволяет выделить группы риска для целенаправленной профилактики.

ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И УЛУЧШЕНИЕ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Феофанова Т.Б., Залетова Т.С.

ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия.

Цель исследования. Оценить динамику толерантности к физической нагрузке, постурального контроля и мышечной силы у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, перенесших ишемический инсульт, на фоне комплексной программы медицинской диетологической реабилитации.

Методы исследования. В исследование включено 13 пациентов (6 женщин, 7 мужчин, средний возраст $61,9 \pm 2,7$ года) с ишемическим инсультом давностью 1–2 года и индексом массы тела ≥ 25 кг/м². Комплексная реабилитация продолжительностью 14–18 дней включала дозированную ходьбу на беговой дорожке, интервальные гипоксико-гипероксические тренировки и занятия на системе нейромышечной диагностики и реабилитации с биологической обратной связью. Функциональный резерв оценивали с помощью теста 6-минутной ходьбы. Постуральный контроль и мышечную силу анализировали с использованием карт стабильности, пределов устойчивости и изометрических тестов на платформе с биологической обратной связью до и после лечения.

Результаты. Дистанция теста 6-минутной ходьбы возросла в среднем на 6,9%, что является клинически значимым приростом, отражающим не просто улучшение толерантности к нагрузке, но и повышение эффективности взаимодействия кардиореспираторной и опорно-двигательной систем. При анализе стабилметрических карт выявлено расширение границ пределов устойчивости: зона произвольного смещения центра давления без потери равновесия увеличилась как во фронтальной, так и в сагиттальной плоскостях. Сравнительные сканограммы изометрических тестов продемонстрировали нарастание максимальной произвольной силы в заинтересованных группах мышц, особенно отчетливо на интактной стороне, с тенденцией к улучшению и на паретичной стороне. Субъективно пациенты отмечали снижение утомляемости и повышение устойчивости при удержании вертикальной позы.

Заключение. Комплексная диетологическая реабилитация обеспечивает клинически значимое повышение толерантности к физической нагрузке, улучшение постурального контроля и прирост мышечной силы у постинсультных пациентов с ожирением. Полученные результаты напрямую коррелируют с расширением функциональных возможностей и качества жизни данной категории больных.

Сборник научных трудов V Межвузовской конференции по вопросам соматических заболеваний
**ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ФИКСИРОВАННЫХ
КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ:
ДАННЫЕ ТРЕХ РЕГИОНОВ**

Холопов С.А., Корнилов А.А.

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

Артериальная гипертензия остается одним из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной инвалидизации и смертности населения. Исследования последних лет продемонстрировали, что важнейшим факторов, определяющим недостижение целевых уровней артериального давления у больных АГ, является низкая приверженность лечению. Установлено, что применение фиксированных комбинаций (ФК) лекарственных средств может существенно повысить приверженность лечению и вероятность адекватного ответа на проводимое фармакотерапевтическое вмешательство. В связи с этим клинические рекомендации последних лет предлагают имплементацию в рутинную кардиологическую работу двух- и трехкомпонентных ФК. Традиционно в состав комбинаций включаются блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА); наряду с ними – диуретики, блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) и бета-адреноблокаторы (БАБ). Для оценки рациональности назначаемых и потребляемых комбинаций осуществляют фармакоэпидемиологические и фармакоэкономические исследования, позволяющие оценить структуру потребления ФК и наметить пути оптимизации антигипертензивной терапии.

Цель: изучить фармакоэкономическую оценку структуры потребления ФК антигипертензивных лекарственных средств, содержащих диуретики, блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) и бета-адреноблокаторы (БАБ).

Материал и методы. В качестве источника для исследования применяли данные реальной клинической практики, а именно, закупок аптечной сети Курской, Орловской и Брянской областей в 2025г. Анализ вели в ценовом аспекте (по количеству рублей, затраченных на приобретение конкретных ФК). Применяли общепринятые методы статистики.

Результаты. В Курской области лидерами были комбинации «бисопролол + гидрохлоротиазид» (БАБ + диуретик) — 10,3%; атенолол+хлорталидон (БАБ+ДИУ) — 9,9%; «бисопролол+амлодипин» (БАБ+БМКК) — 6,4%. В Брянской области: «атенолол+хлорталидон» (БАБ+диуретик) — 6,8%; «бисопролол + гидрохлоротиазид» (БАБ + диуретик) – 6,7%; амлодипин+индапамид» (БМКК+диуретик) — 6,7%. В Орловской области лидерами были: ФК «бисопролол+амлодипин» (БАБ+БМКК) — 24,7%; «амлодипин+индапамид» (БМКК+диуретик) — 22,3%; «бисопролол + гидрохлоротиазид» (БАБ + диуретик) — 15,7%.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало соответствие потребления ФК антигипертензивных лекарственных средств действующим рекомендациям по лечению АГ. Также в исследовании установлены межрегиональные отличия, связанные с волатильностью фармацевтического рынка. Данные отличия не имели существенной клинической значимости.