

Фонд содействия развитию кардиологии
«Кардиопрогресс»

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

24-26 марта 2026 года
МОСКВА

**XV МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ**



Всемирная Федерация Сердца
Фонд содействия развитию кардиологии «Кардиопрогресс»

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

24-26 марта 2026 г.
г. Москва



Москва
Фонд Кардиопрогресс
www.cardioprogres.ru
2026

Рецензенты

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

Друк Инна Викторовна, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ДПО ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России, Омск, Россия.

Для цитирования: Сборник научных трудов XV Международного форума кардиологов и терапевтов (24-26 марта 2026 года). Москва. Кардиопрогресс. 2026. 34 с. Электронный ресурс.

For citation: Proceedings of the XV International Forum for Cardiology and Internal Medicine (March 24-26, 2026). Moscow. Cardioprogress. 2026. 34 p. Digital resource.

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СВЯЗАНЫ С КОМБИНИРОВАННОЙ КОНЕЧНОЙ ТОЧКОЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Цель исследования: оценить в проспективном когортном наблюдении корреляционные связи между различными составляющими качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), наблюдающихся у врача-кардиолога городской поликлиники и получающих регулярную антигипертензивную терапию (АГТ), с показателями, характеризующими конечную комбинированную точку.

Материал и методы. Были проанализированы данные проспективного когортного исследования амбулаторных больных АГ, которые получали регулярную антигипертензивную терапию (АГТ). Исследование состояло из трех визитов (исходный визит, через 6 и через 12 месяцев) и периода сбора данных об исходах (30,1±7,6 мес. от первого визита). На первом и третьем визитах проводили клинические измерения артериального давления (АД), суточное мониторирование (СМАД), эхокардиографию (ЭхоКГ), оценивалось качество жизни (КЖ) (опросник J. Siegrist и соавт.), функция внешнего дыхания (ФВД). На втором визите выполнялось клиническое измерение АД, при необходимости коррекция доз препаратов АГТ. Комбинированная первичная конечная точка (КПКТ) включала сердечно-сосудистые осложнения, реваскуляризации и смерть, комбинированная вторичная КТ (КВКТ) – вызовы бригады СМП, госпитализации, временную нетрудоспособность, третичная КТ – ухудшение течения АГ (повышение АД без криза), острые заболевания, не связанные с КПКТ и КВКТ. Для статистического анализа мы использовали дисперсионный анализ (ANOVA).

Результаты. В исследование включили 125 больных: 28 мужчин (22%), 97 женщин (78%), средний возраст составил 62,6±0,8 лет. Исходное среднее дневное АД было (M±SD): систолическое АД (САД) - 125,1±10,5, диастолическое АД (ДАД) - 89,4±9,9 мм рт. ст. При проведении анализа различных факторов (социально-демографических, гемодинамических, показатели ФВД, КЖ, ассоциированных с КПКТ, была выявлена взаимосвязь с показателями КЖ: 1) шкалы III (положительное психологическое самочувствие, F=-5,3, p=0,023); 2) шкалы V (психологические способности, F=12,2, p=0,001); 3) настроение на визите (шкала 0) (F=-5,6, p=0,019). У 21 пациента были зарегистрированы исходы КПКТ: смерть (2), транзиторная ишемическая атака (1), реваскуляризация артерий (4), частая желудочковая экстрасистолия (3), фибрилляция предсердий (8), стенокардия (3).

Заключение. Таким образом, психологические компоненты качества жизни, такие как хорошее настроение во время визита к врачу (шкала 0) и позитивное психологическое благополучие (шкала III), имел отрицательную корреляцию с данными комбинированной конечной точки, в то же время психологические способности (шкала V) имела положительную корреляцию с результатами комбинированной конечной точки.

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ашихмин Г.М., Герцог А.А.

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

Цель. Определить клинические особенности хронического болевого синдрома и преморбидный фон у пациентов с различными фенотипами метаболического синдрома.

Материал и методы. Проспективное сравнительное когортное исследование проводилось с участием 118 пациентов мужского (31,4%) и женского пола (68,6%) в возрасте $40,82 \pm 10,77$ лет с хронической болью и метаболическим синдромом. Пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от преобладающего фенотипа метаболического синдрома – липоцентрический фенотип ($n=41$), гипертензивный ($n=22$), смешанный ($n=18$) и контрольная группа ($n=37$). Оценивались клинические характеристики боли (интенсивность, длительность, частота и триггеры обострений, болевые локализации), поведенческие (курение, уровень физической активности, особенности питания) и психосоциальные преморбидные (тревога, депрессия, усталость) факторы. Статистический анализ выполнялся в программе StatTech v. 4.11.2.

Результаты. У пациентов из группы со смешанным фенотипом метаболического синдрома наблюдались – высокая интенсивность боли (7,5 [6;8] баллов по числовой рейтинговой шкале боли, $p=0,003$), большее число болевых фокусов (4 [3;6], $p=0,029$), частые ($p=0,004$) и длительные обострения ($p=0,002$) по сравнению с группой контроля. Отмечено, что для гипертензивного и смешанного фенотипов характерно преобладание боли в нижней части спины и нижних конечностях. Поведенческие и психосоциальные (тревожные и депрессивные расстройства) факторы риска были широко распространены во всех группах и не демонстрировали значимых различий. Однако примечательной особенностью преморбидного фона в группе пациентов со смешанным фенотипом являлась выраженная усталость (≥ 22 баллов по шкале оценки усталости) ($p=0,007$).

Заключение. Фенотип метаболического синдрома определяет специфику хронической боли, причем наиболее тяжелый болевой профиль характерен для пациентов со смешанным фенотипом. Вместе с тем выраженная усталость выделяет пациентов со смешанным фенотипом как группу с наиболее неблагоприятным преморбидным фоном, что также следует учитывать при планировании персонализированных программ ведения и реабилитации данной группы пациентов. Таким образом, определение фенотипа метаболического синдрома служит ключевым звеном в персонализированной диагностике и ведении пациентов с хронической болью в амбулаторной практике.

ОЦЕНКА АССОЦИИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ахундова Х.Р.^{1,2}, Арабидзе Г.Г.²

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

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

Цель исследования. Анализ встречаемости поведенческих и биологических факторов риска у мужчин и женщин с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от наличия других соматических заболеваний.

Материалы и методы. В клиническое исследование включено 224 мужчин и женщин в возрасте 35-65 лет с установленным СД 2 типа. Критериями исключения являлись сердечно-сосудистые заболевания, связанные с атеросклерозом. В рамках исследования были проанализированы следующие факторы риска: ожирение, абдоминальное ожирение, курение, нарушение питания и малоподвижный образ жизни. Пациенты были распределены на две подгруппы: с наличием одного и двух соматических заболеваний (n=114, 53 мужчины и 61 женщин), и тремя и более соматическими заболеваниями (n=110, 44 мужчин и 66 женщин). Средний возраст в первой группе составил 53,1±6,6 лет, во второй группе 55,1±8,9 лет, соответственно.

Результаты. Среди лиц с наличием СД 2 типа в сочетании с одним и двумя соматическими заболеваниями наиболее часто встречается АГ (61,4%). У каждого четвертого пациента выявлены хронический гастрит и язвенная болезнь желудка (23,7%). Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЗБП) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) диагностированы сопоставимой частотой (17,5% и 16,7% случаев). У каждого девятого пациента диагностированы хронический панкреатит (12,3%), мочекаменная болезнь (13,1%) и заболевания опорно-двигательной системы (14%). Заболевания органов зрения (12,3%) и гипотиреоз (10,5%) зарегистрированы у каждого десятого пациента. В группе лиц с СД 2 типа в сочетании с тремя и более заболеваниями АГ выявлена в 82% случаев, второе место по частоте занимает МАЗБП (59%). Хронический панкреатит (37%), хронический гастрит и язвенная болезнь желудка (31%), а также хронический холецистит (32,7%) зарегистрированы у каждого третьего пациента во второй группе. ХОБЛ (27%) и мочекаменная болезнь (26%) верифицированы у каждого четвертого пациента. Гипотиреоз и заболевания органов зрения зарегистрированы в 19% и 18% случаев, соответственно. В группах с СД 2 типа так же диагностирована диабетическая нефропатия в 14% и 20% случаев, соответственно.

В первой группе избыточная масса тела выявлена у 44,7% человек, ожирение разной степени диагностирована у 46% человек. Абдоминальное ожирение определена у 58% мужчин и у 64% женщин из первой группы. Во второй группе избыточная масса тела выявлена у 21% человек, ожирение разной степени диагностировано у 74,5% человек. Абдоминальное ожирение определено у 88% мужчин и у 90% женщин из второй группы. В первой группе курят в настоящее время 17% пациентов, бросили курить 12% и никогда не курили 70%. Во второй группе курят 22% пациентов, бросили курить 9% и не курят 66%. В первой группе малоподвижный образ жизни зарегистрирован в 36,8% случаев, во второй группе этот показатель составил 44%. Нарушение питания у лиц с СД 2 типа в сочетании с одним и двумя заболеваниями зарегистрированы в 34% случаев, а во второй группе в 51% случаев.

Заключение. У лиц с СД 2 типа увеличение числа дополнительных соматических заболеваний ассоциируется нарастанием частоты поведенческих и биологических сердечно-сосудистых факторов риска. В совокупности эти нарушения могут повышать

риск развития сердечно-сосудистых осложнений, что подчеркивает важность поведения первичной профилактики в этих группах пациентов.

АНАЛИЗ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Белова Д.К., Сурина Т.А.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия.

Цель — провести сравнительный анализ комбинированной терапии в рамках первичной и вторичной профилактики на амбулаторном этапе у больных перенесших острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. В данном исследовании было проанализировано 40 историй болезни больных ОКС с подъемом сегмента ST.

Результаты. Среди участников исследования 35% были женщины, 65% - мужчины. Средний возраст женщин составил 71 год, мужчин - 62 года. 10% пациентов не имели клинических проявлений сердечно-сосудистой патологии, но имели значимые факторы риска в виде курения, ожирения, гиподинамии и отягощенной наследственности. Первичной профилактики этих факторов не проводилось. 41% пациентов имели в анамнезе разные проявления ИБС такие как стабильная стенокардия и постинфарктный кардиосклероз. В этой группе пациентов только у одного были достигнуты целевые уровни липидного спектра на комбинированной гиполипидемической терапии, остальные пациенты получали монотерапию статинами и не достигали целевых уровней. 86% пациентов имели гипертоническую болезнь. Почти половина из них (46%) получали монотерапию и не достигали целевых уровней АД. В качестве монотерапии наиболее часто использовался эналаприл. 38% пациентов имели сахарный диабет II типа. В качестве сахароснижающей терапии у всех пациентов использовался метформин. Анализ гликированного Hb на стационарном этапе показал, что эта терапия была недостаточной.

Заключение. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на амбулаторном этапе остается на низком уровне. Часто игнорируются значимые факторы риска такие как абдоминальное ожирение, гиподинамия и наследственность.

При проведении вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на амбулаторном этапе не достигаются целевые уровни АД, липидного спектра и углеводного обмена, что приводит к развитию острого коронарного синдрома с дальнейшими негативными последствиями.

АДЪЮВАНТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Быков Ю.В.¹, Беккер Р.А.²

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия.

² Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль.

Цель. Проанализировать клинический случай применения гирудотерапии как дополнительного метода в комплексной кардиореабилитации пациента с депрессивным расстройством после инфаркта миокарда.

Материал и методы. Пациент 1965 года рождения (60 лет на момент обращения в 2025 году) перенёс инфаркт миокарда за 2 месяца до консультации. На фоне стандартной кардиальной терапии (амлодипин 5 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, изосорбида динитрат 10 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут) сформировалось депрессивное расстройство средней степени выраженности — 26 баллов по шкале депрессии Бека. Известно, что постинфарктная депрессия ассоциируется с персистирующим системным воспалением, эндотелиальной дисфункцией и неблагоприятным прогнозом. В связи с этим проведена психофармакотерапия флувоксамином с титрацией дозы до 300 мг/сут в сочетании с омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (эквивалент 900 мг/сут эйкозапентаеновой кислоты) и куркумином 500 мг/сут.

Результаты. Через 2 месяца терапии выраженность депрессивной симптоматики снизилась с 26 до 21 балла по шкале Бека, что расценено как частичный ответ. С учётом сохраняющейся аффективной симптоматики и её потенциального негативного влияния на кардиальный прогноз пациенту рекомендован курс гирудотерапии под наблюдением сертифицированного специалиста. По согласованию с кардиологом ацетилсалициловая кислота была отменена за 2 недели до начала процедур для минимизации риска кровоточивости. После завершения курса отмечено достижение клинической ремиссии депрессивного расстройства, улучшение сна и уменьшение интенсивности загрудинных болей.

Заключение. Представленное наблюдение демонстрирует возможность использования гирудотерапии как дополнительного метода в структуре кардиореабилитации пациентов после инфаркта миокарда, осложнённого депрессивным расстройством. Потенциальные противовоспалительные и гемореологические эффекты метода могут способствовать улучшению субъективного и клинического статуса, что требует дальнейшего изучения в контролируемых исследованиях с оценкой влияния на кардиоваскулярные исходы.

ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ: КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Быков Ю.В.¹, Беккер Р.А.²

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия.

² Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль.

Цель — продемонстрировать значение поиска эндокринных причин у пациентки с длительно существующей артериальной гипертензией и недостаточным эффектом стандартной антигипертензивной терапии.

Материал и методы. Под наблюдением находилась пациентка 48 лет с четырёхлетним анамнезом артериальной гипертензии (АГ) с подъёмами артериального давления (АД) до 160/100 мм рт. ст. и сопутствующим хроническим депрессивным расстройством. Антигипертензивная терапия лозартаном в сочетании с гидрохлоротиазидом обеспечивала лишь частичное снижение показателей АД. Многократные попытки коррекции депрессивной симптоматики с использованием различных антидепрессантов клинически значимого эффекта не дали. При расширенном лабораторном обследовании выявлен дефицит 25(ОН)D — 15 нг/мл, повышение уровня ионизированного кальция — 1,42 ммоль/л, увеличение концентрации паратиреоидного гормона — 108 пг/мл, а также повышение уровня 1,25(ОН)₂D₃ — 68 пг/мл. Полученные данные позволили заподозрить первичный гиперпаратиреоз. При ультразвуковом исследовании выявлено гипопластическое образование до 7 мм в проекции левой паращитовидной железы, подтверждённое компьютерной томографией.

Результаты. Выполнена аденомэктомия с удалением изменённой левой паращитовидной железы. В послеоперационном периоде отмечена нормализация цифр

АД до 115–120/75–80 мм рт. ст., исчезновение вазомоторных проявлений и улучшение общего самочувствия. Параллельно зафиксирована полная клиническая ремиссия депрессивной симптоматики и восстановление переносимости витамина D3.

Заключение. Представленное наблюдение иллюстрирует возможность эндокринной природы АГ при отсутствии типичных костных и нефрологических проявлений гиперпаратиреоза. Выявление микроаденомы паращитовидной железы диаметром 7 мм позволило устранить патогенетический фактор и добиться нормализации АД без интенсификации антигипертензивной терапии. Пациенты с недостаточным контролем АД требуют расширенного лабораторного обследования, включая оценку кальций-фосфорного обмена и уровня паратиреоидного гормона.

ЛАБИЛЬНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Быков Ю.В.¹, Беккер Р.А.²

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия.

² Независимый исследователь, Беэр-Шева, Израиль.

Цель — проанализировать клиническую ситуацию нестабильной артериальной гипертензии у молодого пациента с тревожным расстройством и метаболическими факторами риска с позиций дифференциальной диагностики и комбинированной терапии.

Материал и методы. Мужчина 23 лет ранее наблюдался по поводу панического расстройства с длительным периодом ремиссии. В постковидном периоде после эпизода повышения артериального давления (АД) до 150/100 мм рт. ст. отметил нарастание тревоги и формирование навязчивого контроля показателей АД. В течение суток показатели колебались от 100/60 до 180/100 мм рт. ст. Объективно: индекс массы тела 37, гипертриглицеридемия, снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности. По данным суточного мониторирования АД зарегистрировано повышение дневных значений до 170/100 мм рт. ст.; проведение ночного мониторирования оказалось невозможным из-за выраженной тревожности. Клиническая картина сочетала признаки метаболического синдрома и выраженной психовегетативной дисрегуляции.

Результаты. Назначена комбинированная терапия: сертралин 150 мг/сут, когнитивно-поведенческая терапия, амлодипин, карведилол, флудрокортизон в связи с ортостатической вегетативной нестабильностью. Дополнительно рекомендованы диетическая коррекция и аэробные физические нагрузки. В течение 6 недель отмечено снижение тревожной симптоматики, прекращение многократных самостоятельных измерений АД. Показатели АД стабилизировались в пределах 110–120/70–80 мм рт. ст. Уровень тревоги по шкале HADS снизился с 14 до 6 баллов. Нормализовался сон, улучшилось общее самочувствие. Применение флудрокортизона при ортостатической гиперреактивности не сопровождалось ухудшением контроля АД.

Заключение. Представленный случай демонстрирует сложности дифференциальной диагностики лабильной артериальной гипертензии у молодых пациентов при сочетании метаболических факторов риска и тревожного расстройства. Комплексный междисциплинарный подход с одновременной коррекцией психозмоционального состояния и сосудистой регуляции позволяет достичь стабилизации АД и улучшения прогноза.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Галочкина А.А., Сурина Т.А.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия.

Цель исследования — оценить эффективность различных комбинаций гипотензивной терапии у пациентов с гипертонической болезнью на амбулаторном этапе

Материалы и методы. Проанализировано 50 амбулаторных карт больных с гипертонической болезнью.

Результаты. Среди участников исследования, 60% — женщины, 40% — мужчины. Средний возраст женщин составил 68 лет, мужчин — 58 лет.

Из всего количества больных монотерапию, в которую входили пациенты с низким риском, получали 4% больных, и пожилые; у них в качестве монотерапии использовался препарат Периндоприл; средняя дозировка 5 мг.

Двухкомпонентную терапию получали 46% больных, из которых 22% пациентов получали комбинированный препарат Эдарби Кло в дозировке (40мг+12,5 мг), 24% больных получали ИАПФ + Антагонист кальция (чаще назначался Эналаприл в дозировке 5 мг +Амлодипин 5 мг).

Трехкомпонентную терапию получали 50% больных, из которых у 30% больных в качестве терапии были использованы препараты Метопролол Тартрат 50 мг , Эналаприл 5 мг и Хлорталидон 12,5 мг.

А у 20% пациентов была использована фиксированная комбинация препарата Триплексам (5 мг+1,25мг+5мг).

При лечении препаратом Периндоприл в качестве монотерапии цели АД достигли 50% больных.

На двухкомпонентной терапии одна часть, получавшая препараты Эналаприл в средней дозе 5 мг и Амлодипин в средней дозе 5 мг, достигли цели АД 58% больных, а другая часть пациентов на двухкомпонентной терапии которые получали фиксированный препарат Эдарби Кло, на этой комбинации 90% больных достигли целевых уровней АД.

На трехкомпонентной терапии препаратами Метопролол Тартрат, Эналаприл и Хлорталидон достигли цели 53,3 %.

Другая часть пациентов принимали фиксированный препарат (Триплексам 5мг+1,25 мг+5 мг), и достигли цели АД 90 % больных.

Заключение. Наиболее часто целевые уровни артериального давления достигаются при использовании фиксированных комбинированных препаратов, что вероятно связано с более высокой приверженностью к лечению. Амбулаторное звено недостаточно часто использует комбинированные препараты для увеличения приверженности пациентов к лечению и достижению целевых уровней артериального давления.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН 18-49 ЛЕТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Дёмина Е.И., Круг Е.В.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет, КГБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи №2 имени З.С. Баркагана», Барнаул, Россия.

Цель — определение трёх ведущих факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин 18-49 лет при проведении диспансеризации.

Материал и методы. В рамках первого этапа диспансеризации в 2025 году обследовано 6678 женщин фертильного возраста (18-49 лет). Пациентки отвечали на вопросы анамнестической анкеты и анкеты по оценке репродуктивного здоровья. Всем женщинам проводили общеклиническое, гинекологическое, лабораторно-инструментальное обследование в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №404н, 2021 год. Обращалось внимание на выявление ФР ССЗ и ФР нарушений репродуктивной системы: изменения массы тела, курение табака, воздействие производственных ФР, употребление алкоголя, использование наркотиков, болезни щитовидной железы, сахарный диабет, повышение пролактина, аденогенитальные расстройства, гирсутизм, артериальная гипертензия. Для уточнения диагноза с целью углубленного исследования 1739 (26,0%) пациенток были направлены на 2-й этап диспансеризации.

Результаты. Среди женщин в возрасте 18-29 лет были выявлены по результатам 1-го этапа диспансеризации, согласно кодам Международной Классификации Болезней-10, ФР: недостаточная масса тела — 2 случая, избыточная масса тела — 96 пациенток, ожирение — 85 женщин, курение табака — 93 случая, употребление алкоголя — 9 женщин, использование наркотиков — 3 человека. Другие ФР не были обнаружены. Среди пациенток в возрасте 30-49 лет были определены по результатам 1-го этапа диспансеризации согласно кодам Международной Классификации Болезней-10 ФР: избыточная масса тела — 630 женщин, ожирение — 815 случаев, курение табака — 327 пациенток, употребление алкоголя — 77 случаев, использование наркотиков — 14 пациенток, заболевание щитовидной железы — 1 случай, артериальная гипертензия — 4 человека. Недостаточная масса тела в этой группе не была выявлена. У женщин в обеих возрастных группах не обнаруживались следующие ФР: негативное воздействие производственных ФР, сахарный диабет, гиперпролактинемия, аденогенитальные расстройства, гирсутизм.

Заключение. Таким образом, у женщин 18-49 лет ведущие три ФР ССЗ включают избыточную массу тела, ожирение, курение табака.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Дугина В.Д., Сурина Т.А.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия.

Цель исследования — провести сравнительный анализ антитромботической терапии у больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы данные карт амбулаторных больных, проходивших лечение в 2025 г. в ГБУЗ РМ «Поликлиника №4» г. Саранска, являющейся клинической базой ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева».

Критериями включения в исследование были: наличие установленного диагноза Фибрилляция предсердий. В результате было отобрано 46 карт. Анализировали доступные данные анамнеза, лабораторных исследований, терапии на амбулаторном этапе.

Результаты. Среди обследованных пациентов 69,5% (32 чел.) составили мужчины, 30,5% (14 чел.) — женщины. Средний возраст мужчин составил 63 года, женщин — 68 лет. Основной причиной развития ФП являлась ишемическая болезнь сердца (84,8%), значительно реже встречались кардиомиопатии (10,9%) и ревматические пороки клапанов (4,3%). Оценка риска по шкале CHA2DS2-VASC показала, что 73,9%

пациентов имеют высокий риск инсульта (более 2 баллов), 19,6% — 1 балл и 6,5% — 0 баллов. При этом риск кровотечений по шкале HAS-BLED распределился следующим образом: низкий риск (0-1 балл) у 45,6%, умеренный (2 балла) у 43,5%, высокий (3 и более баллов) у 10,9% больных. Антикоагулянтную терапию получали 87% пациентов, дезагрегантную монотерапию — 6,5%, комбинированную схему — 6,5%. В структуре дезагрегантов использовались Аспирин кардио (66,7%) и Клопидогрел (33,3%), что признано неэффективным для профилактики осложнений при ФП. Среди антикоагулянтов наиболее часто назначался апиксабан (52,5%), далее ривароксабан (35%), варфарин (10%) и дабигатран (2,5%). Анализ терапии варфарином показал крайне низкую эффективность контроля: целевой уровень международного нормализованного отношения (МНО) был достигнут лишь у 25% пациентов, в то время как у 75% больных терапия оставалась неадекватной. Комбинированная терапия (антикоагулянт + дезагрегант) применялась исключительно у пациентов с ишемическим генезом ФП, перенесших инфаркт миокарда.

Заключение. На амбулаторном этапе часть пациентов продолжает получать неэффективную монотерапию дезагрегантами. Препаратом выбора среди антикоагулянтов является Апиксабан (52,5%). Применение Варфарина характеризуется низкой частотой достижения целевого уровня МНО, что требует более строгого контроля или перевода пациентов на современные прямые пероральные антикоагулянты.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И АНГИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ МОЛОДЕЖИ

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Колесникова Е.М., Гусева Н.В., Хваталин Н.Е.,
Муравьев К.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия.

Цель — определение взаимосвязи между носительством недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и различными фенотипами сосудистого старения у лиц молодого возраста с учетом вариантов массы тела.

Материалы и методы. На базе университетского центра здоровья и антивозрастной медицины СтГМУ обследовано 216 молодых людей, из них 106 юношей и 110 девушек. Средний возраст обследуемых составил $21,1 \pm 0,1$ лет. С помощью аппарата Vasera VS 1500 N (Fukuda Denshi, Япония) проведен ангиологический скрининг с определением сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (cardio-ankle vascular index - CAVI), отражающего ригидность артериальной стенки. Сформированы 3 CAVI-терцильные группы, соответствующие благоприятному, обычному и преждевременному фенотипам сосудистого старения. Используя критерии из национальных рекомендаций РНМОТ 2024 г. выполнена диагностика на носительство НДСТ. Измерены антропометрические параметры и выделено 3 варианта массы тела. Обработка полученных данных проведена с помощью пакета IBM SPSS Statistics 27. Для сравнения двух групп использован двухвыборочный односторонний t-критерий Стьюдента. Различия среди трех групп оценивались с помощью метода однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. От нижней к верхней CAVI-терцильным группам отмечалось достоверное уменьшение ИМТ, средние значения которого в описываемых группах составили $24,2 \pm$

0,5, $23,0 \pm 0,5$, $21,5 \pm 0,4$ кг/м² соответственно ($p_{1-2}=0,05$, $p_{2-3}<0,05$, $p_{1-3}=0,000$, ANOVA=0,000).

НДСТ выявлена у 92 обследуемых (42,5%). Распределение носителей НДСТ в нижней, средней и верхней САVI-терцильных группах составило 23,9%, 35,9%, 40,2% соответственно. Средние значения индекса САVI у диспластиков были выше по сравнению с контрольной группой $6,06 \pm 0,07$ против $5,81 \pm 0,06$ ($p<0,05$). Между индексом САVI-L и ДК была выявлена положительная слабая корреляционная взаимосвязь ($r=0,285$, $p<0,001$). Самые высокие средние значения индекса САVI были зафиксированы в подгруппе НДСТ при ее сочетании с недостаточной МТ и составили $6,89 \pm 0,13$.

Заключение. Полученные данные демонстрируют, что проведение ангиологического скрининга среди молодежного населения требует комплексного подхода и учета не только традиционных факторов риска. Высокая встречаемость НДСТ у молодежи диктует ее своевременную диагностику и выделение особой группы сердечно-сосудистого риска, а именно диспластико-ассоциированного, и следовательно, проведения соответствующих превентивных мероприятий.

КОМПЛЕКС ИНТИМА-МЕДИА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПАХ СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Гусева А.В., Муравьев К.А.,
Звягинцева Е.М., Хваталин Н.Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава Российской Федерации, Ставрополь, Россия.

Цель. Изучить ассоциированность толщины комплекса интима-медиа (КИМ) с различными фенотипами сосудистого старения у лиц молодого возраста.

Методы исследования. В исследование включено 329 человек в возрасте от 18 до 25 лет. Из них 157 юношей и 172 девушки. Всем обследуемым выполнялось определение сосудистой жесткости (СЖ) в виде сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (cardio-ankle vascular index – САVI) на аппарате VaSera VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония). Исследуемым накладывали четыре сфигмоманжеты на плечи и лодыжки с 2-х сторон, электрокардиографические электроды на запястья и датчик для фонокардиографии во 2-е межреберье слева от грудины. Так же всем обследуемым измеряли толщину КИМ общей сонной артерии в дистальной части общей сонной артерии на задней стенке в 5 миллиметрах от луковички с двух сторон с помощью ультразвукового сканера «РуСкан 70П» (НПО «Сканер», Россия).

Все обследованные разделены на терцильные группы по показателю САVI с учетом пола: 1-я группа – здоровое, 2-я группа – обычное и 3-я группа – раннее сосудистое старение или синдром EVA.

Сбор и формирование базы данных проводились в программе Excel 2019 (Microsoft, США). Статистическая обработка данных выполнялась при помощи пакета программ SPSS Statistic 26.0 (IBM Statistic, США). При оценке количественных показателей в двух группах применяли критерий Стьюдента.

Результаты. Согласно полученным нами данным у юношей наблюдается снижение средней толщины КИМ с двух сторон при увеличении СЖ и составляет $0,476 \pm 0,010$, $0,457 \pm 0,009$ и $0,438 \pm 0,011$ мм справа и $0,479 \pm 0,013$, $0,457 \pm 0,010$ и $0,441 \pm 0,009$ мм слева соответственно. Различия достоверны при сравнении первой группы с третьей ($p_{1-3}=0,007$ справа и $p_{1-3}=0,010$ слева) и при применении статистической системы ANOVA для показателей с правой стороны ($p=0,034$).

У девушек с правой стороны наблюдается схожая тенденция. При увеличении показателя САVI, толщина КИМ снижается и составляет $0,422 \pm 0,007$, $0,404 \pm 0,007$ и $0,396 \pm 0,007$

мм. Различия достоверны при сравнении первой группы со второй и третьей группами ($p_{1-2}=0,048$ и $p_{1-3}=0,004$) и при применении однофакторного дисперсионного анализа ($p=0,030$). С левой стороны среди девушек толщина КИМ от первого до третьего САVI-терциля составляет $0,421\pm0,007$, $0,404\pm0,006$ и $0,406\pm0,008$. Различия достоверны между первой и второй группами ($p_{1-2}=0,043$).

Заключение. Как среди юношей, так и среди девушек наблюдается снижение средней толщины КИМ общих сонных артерий при увеличении СЖ, что возможно связано с разнонаправленными изменениями в различных оболочках артериальной стенки при её старении.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ СТАЖА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ермекшова А.И., Цыганов А.О., Скоробогатова Л.Н.

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

Цель. Оценка влияния длительности течения сахарного диабета 2 типа на выраженность кардиометаболических нарушений у пациентов с ИБС.

Материал и методы. Проанализировано 50 историй болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ишемической болезнью сердца, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении РГБУЗ РМ «РКБ №4». Пациенты были распределены на 6 групп по длительности сахарного диабета 2 типа: до 5 лет ($n=8$), 6–10 лет ($n=6$), 11–15 лет ($n=16$), 16–20 лет ($n=9$), 21–25 лет ($n=7$), более 25 лет ($n=4$). Средний возраст больных составил 62,5 лет. Оценивались показатели липидного спектра и гликированного гемоглобина. Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики.

Результаты. При анализе уровня ХС-ЛПНП выявлена тенденция к его повышению по мере увеличения длительности течения сахарного диабета 2 типа. Наименьший уровень ЛПНП зафиксирован в группе пациентов с длительностью диабета до 5 лет ($2,1\pm0,22$ ммоль/л), тогда как в группе с длительностью более 25 лет данный показатель достиг $4,07 \pm 0,94$ ммоль/л. Анализ уровня ОХС выявил волнообразную динамику с общей тенденцией к повышению - минимальные значения в группе с наименьшим стажем ($3,92\pm0,21$ ммоль/л при стаже до 5 лет). Максимальная концентрация ОХС наблюдалась в группе со стажем более 25 лет ($5,87\pm 0,82$ ммоль/л). При анализе уровня триглицеридов выявлена отчетливая положительная корреляция. Уровень ТГ прогрессивно увеличивался с ростом стажа сахарного диабета: с $1,78\pm0,49$ ммоль/л (до 5 лет) до $2,48\pm0,65$ ммоль/л (более 25 лет). Анализ уровня ХС-ЛПВП не выявил существенных колебаний в зависимости от длительности сахарного диабета 2 типа. На протяжении всего периода наблюдения (от стажа менее 5 лет до более 25 лет) уровень ЛПВП оставался в пределах $0,96\text{--}1,06$ ммоль/л.

Установлена тенденция к росту HbA1c по мере увеличения длительности сахарного диабета 2 типа: от $7,13 \pm 1,20\%$ в группе до 5 лет до $9,7\pm 1,06\%$ в группе 21–25 лет.

Заключение. Таким образом, полученные данные демонстрируют прогрессирующее утяжеление кардиометаболических нарушений по мере увеличения стажа сахарного диабета 2 типа, что проявляется ростом проатерогенных фракций липопротеидов, сохранением низкого уровня антиатерогенной фракции, достижением максимальных значений атерогенных показателей в группах с длительностью заболевания более 20–25

лет. Параллельно выявлено ухудшение гликемического контроля, отражающееся в росте HbA1.

По мере увеличения длительности течения сахарного диабета 2 типа наблюдается прогрессирование атерогенной дислипидемии и декомпенсация углеводного обмена, что требует динамического контроля липидного спектра и своевременной коррекции как гиполипидемической, так и сахароснижающей терапии.

РОЛЬ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В ДОЛГОСРОЧНОМ ПРОГНОЗЕ ПАЦИЕНТОВ

Заковряшина И.Н., Алексеева Н.С., Старжинская О.Б., Хаишева Л.А.
ФГБОУ ВО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава
России, Ростов-на-Дону, Россия.

Цель — определение роли толщины эпикардиальной жировой ткани (ЭЖТ) в долгосрочном прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин с ожирением в течении 36-ти месяцев наблюдения.

Материал и методы. Проспективное исследование включило 123 мужчины в возрасте $59,6 \pm 2,8$ лет, имеющих контролируемую артериальную гипертензию (АГ) (длительностью $5,5 \pm 1,2$ лет, прием не более 3-х антигипертензивных групп препаратов), ИМТ соответствовал ожирению 1 степени ($30,0\text{--}34,9$ кг/м²). За конечные точки принимали: острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, смерть от сердечно-сосудистых заболеваний. На ЭхоКГ (Philips Epiq 7) определяли линейную толщину эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) в В – режиме в стандартной левой парастернальной позиции по длинной и короткой оси левого желудочка. как эхо – негативное пространство между свободной стенкой миокарда правого желудочка и висцеральным листком перикарда, толщину измеряли перпендикулярно свободной стенки правого желудочка в конце систолы в 3 последовательных сердечных сокращениях

Результаты. На момент включения в исследование пациенты не различались по показателям липидного профиля, достигнув целевых уровней общего холестерина (ОХ) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), согласно шкале риска SCORE. В течении 36-ти месяцев наблюдения была установлена прямая корреляционная связь слабой силы между тЭЖТ и уровнями ОХ ($r=0,34$), холестерина ЛПНП ($r=0,29$), средняя с триглицеридами крови ($r=0,51$) ($p<0,05$). К концу исследования у 24,4% исследуемых уровень ОХ ЛПНП превысил целевые значения, у этих пациентов тЭЖТ была значимо выше по сравнению с остальной выборкой ($p<0,05$). При включении пациентов уровень NT-proBNP не превышал референтных значений ($249,5 \pm 53,1$ пг/мл), но к концу исследования стал достоверно выше ($479,8 \pm 96,3$ пг/мл; $p<0,05$). Аналогичная тенденция прослеживается и по содержанию С-реактивного белка (СРБ) в крови пациентов, имея значения исходно $18,0 \pm 3,0$ мг/л, заключительно - $27,0 \pm 4,0$ мг/л ($p<0,03$), сила связи нарастала от слабой ($r=0,28$) до сильной ($r=0,78$) ($p<0,03$). Нами выявлены прямые корреляционные связи тЭЖТ с NT-proBNP ($r=0,56$) и тЭЖТ с СРБ ($r=0,61$) на протяжении всего исследования ($p<0,05$). У пациентов с достоверно большим значением тЭЖТ на старте исследования к окончанию такого был выше функциональный класс ХСН (по NYHA), выше уровень СРБ ($p<0,05$; $p<0,03$).

В течении 36-ти месяцев у пациентов зафиксированы 24 конечные точки. Нами установлено, что с увеличением тЭЖТ возрастает риск наступления комбинированной конечной точки. Проведенный ROC анализ показал, что увеличение толщины ЭЖТ $>1,3$ мм ассоциировался с наличием неблагоприятного сердечно-сосудистого события к концу 36-ти месяцев наблюдения за пациентами. Чувствительность модели 58%,

специфичность - 84,3%, приемлемая прогностическая значимость (AUC=0,713, 95% ДИ: 0,56-0,83, p=0,0003).

Заключение. Таким образом, с увеличением толщины ЭЖТ >1.3 мм у пациентов с ожирением 1 степени, имеющих гипертоническую болезнь в анамнезе, возрастают риски возникновения сердечно-сосудистых событий и наступления комбинированной конечной точки в течении 36-ти месяцев наблюдения.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА

Кардашова О.О.^{1,2}, Гизатулин О.Е.², Чернова А.А.^{1,2}, Никулина С.Ю.¹, Суздалева И.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, Красноярск.

²ФГБУ "ФСНКЦ ФМБА России", Красноярск, Россия.

Цель — выявить нарушения ритма сердца и проводимости у спортсменов, занимающихся высокоинтенсивными видами спорта.

Материал и методы. Проведено электрокардиографическое обследование 23 спортсменов спортивной категории I разряда в возрасте от 18 до 23 лет, занимающихся высокоинтенсивными видами спорта (по классификации Митчелла).

Результаты. Из 23 спортсменов, занимающихся высокоинтенсивными видами спорта, выявлены те или иные нарушения ритма сердца и проводимости у 12 человек (52,2%), что составляет более половины от исследуемой группы. Наиболее часто встречающиеся нарушения ритма сердца представлены в виде синусовой брадикардии у 6 человек (50%), АВ-блокады у 4 человек (33,3%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса и желудочковая экстрасистолия встречается по 1 случаю (по 8,3%).

Заключение. Таким образом, для выявления причин нарушений ритма сердца и проводимости у спортсменов недостаточно проведения всего лишь рутинной ЭКГ-диагностики. Полученные результаты подчеркивают необходимость регулярного медицинского контроля состояния сердечно-сосудистой системы спортсменов высокого уровня подготовки для своевременного выявления и профилактики возможных кардиологических рисков.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СИНУСОВЫХ АРИТМИЙ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Кардашова О.О.^{1,2}, Суздалева И.А.^{1,2}, Чернова А.А.^{1,2}, Гизатулин О.Е.², Никулина С.Ю.¹

¹ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, Красноярск.

²ФГБУ "ФСНКЦ ФМБА России", Красноярск, Россия.

Цель — изучить взаимосвязь развития синусовой аритмии с полиморфизмами в гене ADRB2 у профессиональных спортсменов.

Материалы и методы. Проведено электрокардиографическое и молекулярно-генетическое обследование 153 профессиональных спортсменов в возрасте от 18 до 25 лет, занимающихся видами спорта различной интенсивности и имеющих I спортивных разряд.

Результаты. По результатам электрокардиографического обследования у 31 спортсмена (20,2%) выявлена синусовая аритмия. При анализе полиморфизмов гена ADRB2 получены следующие результаты: для полиморфизма rs1042714 гомозиготный вариант CC обнаружен у 19 (61,3 %) спортсменов, а у 12 спортсменов (38,7 %) выявлен гетерозиготный генотип AG. При полиморфизме rs1042713 обнаружена гетерозигота AG

у 18 спортсменов (58,1 %) , гомозигота GG у 7 обследуемых (22,5 %), а гомозигота AA обнаружена у 6 спортсменов (19, 4%).

Заключение. В гене ADRB2 выявлены полиморфные варианты, ассоциированные с синусовой аритмией: rs042713 (AG) и rs1042714 (CC). Персонализированная диагностика с учетом генетических маркеров может повысить эффективность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у профессиональных спортсменов.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА rs1042714 В ГЕНЕ ADRB2 В РАЗВИТИИ БЛОКАД ПРАВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Кардашова О.О.^{1,2}, Суздалева И.А.^{1,2}, Чернова А.А.^{1,2}, Никулина С.Ю.¹

¹ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, Красноярск.

²ФГБУ "ФСНКЦ ФМБА России", Красноярск, Россия.

Цель — проследить роль полиморфизма rs1042714 гена ADRB2 и развитием блокад правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) у профессиональных спортсменов.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 151 профессиональный спортсмен в возрасте от 18 до 25 лет, имеющий I спортивный разряд и занимающийся видами спорта различной интенсивности. Проводилось кардиографическое и молекулярно-генетическое обследование.

Результаты. У 28 (19 %) обследованных спортсменов выявлены признаки блокад правой ножки пучка Гиса при проведении ЭКГ-диагностики. У 19 из них (68 % от общего числа с БПНПГ) диагностирована неполная блокада ножки пучка Гиса. Среди них: гомозиготный генотип CC встречался в 10 случаях (53%), а гетерозиготный AG в 9 случаях (47%).

Полная блокада правой ножки пучка Гиса обнаружена у 9 спортсменов (32% от общего числа БПНПГ). Среди них: гомозиготный генотип CC выявлен в 5 случаях (56%), а гетерозиготный AG в 4 случаях (45%).

Заключение. Полиморфные варианты гена ADRB2, в частности rs1042714, могут играть роль в регуляции сердечной деятельности. Проведенный анализ показал тенденцию к более частому обнаружению гомозиготного варианта CC у спортсменов при БПНПГ. Для подтверждения данной гипотезы требуется продолжить исследование, что даст перспективу в выявлении генетической предрасположенности развития БПНПГ при интенсивных тренировочных процессах.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С НЕКАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

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

Цель исследования: анализ коморбидности гипертонической болезни (ГБ) с некардиологической патологией, а также биологических факторов риска (ФР) с учетом гендерных показателей, наблюдающейся в стационарных условиях.

Материалы и методы. В клиническом исследовании проанализированы истории болезни 805 мужчин и женщин, госпитализированных в НМИЦ терапии и профилактической медицины в плановом порядке для проведения диагностических процедур и коррекции медикаментозной терапии. 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. В исследование включены 637 пациентов. Учитывались наличие биологических факторов риска и

верифицированные бронхолегочные заболевания, сахарный диабет 2 типа, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и почек.

Результаты. Анализированы данные 253 мужчин (средний возраст 57,5 лет) и 384 женщин (средний возраст 65,5 лет). ГБ 1 степени выявлено у 8,7% мужчин и у 5,9% женщин, ГБ 2 степени у 58% мужчин и 71,6% женщин, ГБ 3 степени у 33,2% мужчин и у 22,4% женщин. Из биологических ФР предиабет выявлен у 11,5% мужчин и 14,8% женщин. Избыточная масса тела выявлена у 44,7% мужчин и у 35,7% женщин, ожирение у 31,6% мужчин и 15,9% женщин. Среди мужчин с ГБ СД 2 типа выявлен в 17,8% случаев, и в 19,5% у женщин. Бронхолегочные заболевания зарегистрированы у 30% мужчин и у 21,6% женщин. Жировая болезнь печени выявлена у каждого четвертого пациента с ГБ. Мочекаменная болезнь верифицирована у каждого десятого пациента когорты, тогда как хроническая болезнь почек выявлена у 7% мужчин и у 12,8% женщин.

Заключение. Большинство мужчин и женщин с ГБ страдают избыточной массой тела и ожирением. У каждого четвертого пациента, преимущественно с ГБ 2 степени выявляются бронхолегочные заболевания, жировая болезнь печени. СД 2 типа и заболевания почек верифицированы у каждого шестого мужчины и пятой женщины.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ, МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА В ФОРМИРОВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Клименко Н.Ю., Дроботя Н.В., Калтыкова В.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

Изменения в системе микроциркуляции являются закономерными спутниками как туберкулезного процесса (вследствие хронической интоксикации, гипоксии, развитии токсико-аллергических васкулитов, наличия в крови циркулирующих иммунных комплексов и роста плазменной концентрации медиаторов провоспалительного и проагрегантного действия с повреждением поверхности сосудистого эндотелия), так и артериальной гипертензии (АГ) (повышение АД приводит к прогрессированию поражений органов-мишеней, развитию эндотелиальной дисфункции (ЭД)). Изучение состояния гемодинамики при сочетании туберкулеза и АГ диктуется необходимостью выявления возможных нейрогуморальных и вегетативных механизмов, которые усугубляют гемодинамические расстройства.

Цель. Оценка маркеров системного воспаления и ЭД и их взаимосвязи с вегетативным обеспечением у пациентов с сочетанием туберкулеза (ТБ) и АГ.

Материал и методы. Обследовано 60 больных ТБ различной локализации, в возрасте от 18 до 70 лет. Больные были разделены на две группы: 1-я группа - 30 пациентов с сочетанием ТБ и АГ; 2-я группа — больные ТБ, но без АГ - 30 чел. Характер вегетативной регуляции оценивали на основании определения стандартных показателей: интервалометрии – SDNN, RRNN, CV %, амплитуды моды, моды и индекса напряжения по методике Р.М. Баевского. Уровень активности эндотелиальных механизмов регуляции АД изучали на основании оценки эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии на фоне реактивной гиперемии, содержания фактора Виллебранда (ФВ). Определяли также уровень фибриногена, количество тромбоцитов, лейкоцитов, протромбиновое время, СРБ и фактор некроза опухолей (ФНО, пг/мл).

Результаты. Вегетативные влияния на гемодинамику во всех группах, по показателям вариабельности сердечного ритма (ВСР), характеризовались снижением парасимпатического тонуса и гиперсимпатикотонией, более выраженной у пациентов 1-й гр. У 98% больных ТБ, особенно легочной формой, в сочетании с АГ отмечено значительное повышение уровня ФВ и достоверное снижение ЭЗВД с парадоксальной реакцией на реактивную гиперемию, по сравнению с группой без АГ. Выявленная ЭД подтверждалась изменением концентрации ФВ в сыворотке крови, который у пациентов в среднем составлял $180,46 \pm 2,3$ %. В свою очередь высокие значения ФВ, фибриногена, количества тромбоцитов, СРБ, ФНО, лейкоцитоз и СОЭ в сыворотке крове, коррелировали с уменьшением показателей ВСР, отражающих активацию симпатического контура регуляции, выявлялись достоверно чаще у пациентов 1-й группы.

Заключение. Анализ полученных данных указывает на взаимосвязь между гиперсимпатикотонией, активностью провоспалительных цитокинов, неадекватной ЭЗВД, более выраженную у коморбидных пациентов. Результаты могут быть использованы для формирования адекватных терапевтических подходов при ведении пациентов с АГ и ТБ.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАЗНАЧЕНИЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЦИСТИТОМ

Корнилов А.А., Поветкин С.В.

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

Цель. Провести анализ структуры врачебных назначений антибактериальных лекарственных средств у больных острым циститом (ОЦ) в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы. Исследование проводилось методом анкетирования врачей различных специальностей, работающих в амбулаторных медицинских организациях г. Курска (Российская Федерация). В период с октября 2019 г. по январь 2020 г. было опрошено 130 респондентов. Средний стаж работы врачей составил 5 [2-10] лет. Дизайн исследования соответствовал одномоментному описательному типу. Статистическая обработка данных выполнена с применением стандартных методов биомедицинской статистики.

Результаты. При ОЦ врачи амбулаторного звена г. Курска чаще всего назначали фторхинолоны, цефалоспорины и препараты других групп. Частота назначения фторхинолонов составила 45,2 %. На втором месте находились препараты других групп (20,1 %), за ними следовали цефалоспорины (13,5 %, соответственно). Ингибиторозащищенные пенициллины занимали четвертое место (7,93%, соответственно).

При анализе схем фармакотерапии ОЦ выявлено, что применение таких классов антибактериальных препаратов, как аминогликозиды, тетрациклины, карбапенемы, макролиды и гликопептиды, встречалось редко — их доли в назначениях были незначительными.

Далее оценивали частоту назначений отдельных представителей антибактериальных лекарственных средств внутри классов. Лидером среди пенициллинов был амоксициллин (81,3% назначений), в том числе в сочетании с клавулановой кислотой

(90,7% из всех назначений ингибиторозащищенных пенициллинов). Среди цефалоспоринов лидерами были цефуроксим аксетил и цефотаксим (по 23,6% назначений в каждом случае). Следует особо отметить тот факт, что цефотаксим применяется в парентеральной форме. Среди фторхинолонов лидировали ципрофлоксацин (31,5%) и норфлоксацин (25,5% назначений, соответственно). Из препаратов других групп применялся фосфомицин (24,4%) и нитрофурантоин (20,7% назначений, соответственно).

Заключение. Проведенный анализ продемонстрировал приоритетность назначения фторхинолонов при ОЦ, в то время как большинство клинических рекомендаций отдают предпочтение, в первую очередь препаратам других групп. В настоящем исследовании данные препараты занимали второе место по частоте назначений (20,1 %), в целом выбор препаратов этой подгруппы соответствовал клиническим рекомендациям. Цефалоспорины составили 13,5 % назначений, однако отмечены случаи применения парентеральных форм этих препаратов при амбулаторном лечении ОЦ.

В целом можно сделать вывод, что проведение фармакоэпидемиологических исследований – один из способов поиска путей оптимизации фармакотерапии инфекций мочевыводящих путей.

ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Лобкова А.А., Бондаренко И.З., Шацкая О.А., Калашников В.Ю.

ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России, Москва, Россия.

Цель — исследовать циркадный индекс (ЦИ) и вариабельность сердечного ритма по данным 24-часового холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ) у молодых пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа). Оценить влияние факторов, ассоциированных с СД 1 типа, на изучаемые параметры ХМ-ЭКГ.

Материалы и методы. В исследование включены 44 пациента с СД 1 типа (31 женщина и 13 мужчин), возраст 23 [21;27] года, ИМТ 23,7 [21,9; 27,1] кг/м², длительность СД 14,0 [7,5; 17] лет, HbA1c 7,8 [7,0; 9,1] % и 20 здоровых добровольцев (15 женщин и 5 мужчин), возраст 25 [24; 26] лет, ИМТ 22,2 [20,4; 24,2] кг/м². Всем участникам проведено 24-часовое ХМ-ЭКГ с оценкой средней и максимальной дневной/ночной частоты сердечных сокращений (ЧСС), ЦИ, стандартного отклонения интервалов R-R (SDNN); исследован уровень гликированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средняя дневная и ночная ЧСС, циркадный индекс и SDNN статистически не различались между группами ($p>0,05$). Внутри группы СД 1 типа ЦИ и SDNN также не различались у мужчин и женщин ($p=0,24$ и $p=0,07$ соответственно). При этом минимальная суточная ЧСС среди женщин с СД1 была выше, чем у мужчин (48 [45; 53] уд/мин vs 43 [39, 48] уд/мин, $p=0,007$); аналогичные различия наблюдались для средней ночной ЧСС (у женщин - 69 [64; 75] уд/мин, у мужчин - 64 [54; 67] уд/мин; $p=0,03$). В группе сравнения гендерных различий не было ($p>0,05$). Курение и частота гипогликемических состояний не влияли на изучаемые показатели ХМ-ЭКГ ($p>0,05$ во всех случаях). При корреляционном анализе наблюдалась положительная связь между ИМТ и средней ночной ЧСС в группе СД1 ($r=0,34$; $p=0,023$), в группе сравнения эта связь отсутствовала ($p>0,05$). Уровень HbA1c значимо коррелировал со средними дневной ($r=0,4$; $p=0,007$) и ночной ($r=0,34$; $p=0,03$) ЧСС, минимальной суточной ЧСС ($r=0,41$; $p=0,006$) и SDNN ($r=-0,33$; $p=0,05$).

Длительность сахарного диабета при этом не коррелировала с исследуемыми показателями ($p > 0,05$ во всех случаях).

Заключение. Таким образом, по данным нашего исследования у молодых пациентов с СД 1 типа без анамнеза кардиоваскулярной автономной нейропатии не выявлено значимых отличий по параметрам ЦИ и SDNN от группы здоровых сверстников. Женский пол в группе СД 1 типа ассоциировался с более высокими показателями ЧСС в ночное время по сравнению с мужчинами, что наиболее вероятно отражает гендерные особенности влияния половых стероидов на смещение баланса автономной регуляции в сторону симпатического преобладания у женщин. Обращает на себя внимание значимое влияние уровня HbA1c и ИМТ на изменение вариабельности ритма сердца у пациентов с СД 1 типа с тенденцией к усилению симпатической регуляции, что подчеркивает важность компенсации углеводного обмена и контроля образа жизни для предотвращения развития автономных форм диабетической нейропатии. Отсутствие связей длительности СД 1 типа с исследуемыми показателями ХМ-ЭКГ может быть связано с относительно невысокой медианой продолжительности СД у нашей когорты больных и небольшим объемом выборки, что требует дальнейшего изучения.

УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лобэ А.О., Хаишева Л.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

Цель — оценить связь между содержанием тестостерона у пациентов с стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) и частотой сердечно-сосудистых событий (ССС) в течение 12 месячного периода наблюдения.

Материал и методы. В исследование было включено 186 пациентов мужского пола с ИБС, в возрасте $59,6 \pm 1,34$ лет. Всем пациентам было выполнено определение сывороточного содержания тестостерона методом иммуноферментного анализа сэндвич типа с использованием стероид ИФА - тест систем ЗАО «Алкор Био» (Санкт-Петербург). Оценка сердечно-сосудистых событий проводилась через 3, 6, 12 месяцев в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). Учитывали: выявление рестеноза ранее имплантированного стента, проведение аортокоронарного шунтирования или повторного чрескожного коронарного вмешательства со стентированием.

Результаты. Наименьшие значения тестостерона зафиксированы у мужчин с ожирением ($17,01$ нмоль/л против $27,42$ нмоль/л в группе с нормальным ИМТ; $p = 0,0001$). Анализ частоты СССР в группах с разным ИМТ продемонстрировал, что у пациентов с ИБС ассоциированным с ожирением наступление неблагоприятных кардиоваскулярных исходов встречалась чаще ($27,1\%$). В течение годичного периода наблюдения в группе пациентов с ИБС, ассоциированной с ожирением, было зарегистрировано 39 случаев СССР. Анализ структуры осложнений показал, что наиболее значимый вклад вносят события, связанные с прогрессированием атеросклероза и нестабильностью коронарного русла. Лидирующее положение в структуре занимают рестенозы ранее имплантированных стентов — 12 случаев, что составило $30,8\%$ от общего числа

осложнений. Почти равную долю с рестенозами составляют повторные реваскуляризации (как чрескожные коронарные вмешательства, так и аортокоронарное шунтирование) — 10 случаев (25,6%). В сумме с рестенозами эти два показателя (56,4% всех событий) отражают высокую потребность в повторных вмешательствах на коронарных артериях у данной категории больных. Значительную долю занимают острые коронарные синдромы — 9 случаев (23,1%). Цереброваскулярные осложнения в виде инсульта зафиксированы в 5 случаях (12,8%), что указывает на системный характер атеросклеротического поражения (коронарные и церебральные артерии) у данной когорты пациентов. Наименьший удельный вес в структуре пришёлся на сердечно-сосудистую смерть — 3 случая (7,7%).

Заключение. В течение 12-месячного наблюдения частота сердечно-сосудистых событий была значимо выше среди пациентов с исходно низким уровнем тестостерона (17,01 нмоль/л), что позволяет рассматривать данный показатель как дополнительный фактор риска неблагоприятных исходов при ИБС и инструмента для влияния на кардиальный прогноз.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Малыхин Ф.Т., Семькина Д.А., Шахбанова Н.К.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия.

Цель — изучить продолжительность использования веб-сайтов и социальных сетей студентами различных вузов в ходе образовательного процесса и в быту.

Материал и методы. Посредством онлайн-платформы проведен интернет-опрос 300 студентов 3 курса ведущих государственных ставропольских вузов. В онлайн-опросе участвовали по 50 женщин и 50 мужчин от каждого вуза. Применена адаптированная анкета «Использование социальных сетей», содержащая 26 вопросов. Критерий отбора в категорию отличников: средний балл зачетной книжки 4,5 и > баллов. Для статистической обработки полученных данных использованы методы: t-критерий Стьюдента, критерий хи-квадрат, точный критерий Фишера, ранговая корреляция Спирмена. Различия между группами считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. С учетом того, что специфика обучения в СтГМУ существенно отличается от таковой в СтГАУ и СКФУ, результаты опроса будущих медиков сравнили с общими данными по двум этим университетам в сумме (далее они обозначены как «другие вузы»).

Результаты. В вопросе анкеты: «Использую сайты соцсетей в течение «х» часов в сутки»: выбрали вариант ответа «более 6 часов» 67 % мужчин-отличников других вузов (12 % - СтГМУ, $p=0,05$) и 59 % женщин-отличниц (13 % женщин-отличниц СтГМУ, $p=0,02$). Максимальный выбор варианта ответа «менее часа» у 37 % женщин-отличниц СтГМУ (12 % - другие вузы, $p=0,04$), и «3-4 часа» у 20 % мужчин-отличников (22 % - другие вузы, $p=0,04$). Наибольший выбор варианта ответа «менее часа»: у 34 % мужчин-хорошистов СтГМУ (20 % - другие вузы, $p=0,02$), и у 27 % женщин-хорошисток (15 % - другие вузы, $p=0,03$). Показатель использования «3-4 часа»: 30 % мужчин-хорошистов СтГМУ (27 % - другие вузы, $p=0,05$), и 28% женщин-хорошисток (15 % - другие вузы, $p=0,012$). Вариант ответа «более 6 часов» выбрали 32 % мужчин-хорошистов других вузов (16 % - СтГМУ, $p=0,02$) и 37 % женщин-хорошисток (15 % - СтГМУ, $p=0,04$). Сайты соцсетей помогают улучшить успеваемость 58 % мужчин-отличников СтГМУ (46 % из других вузов, $p=0,03$) и 61 % женщин-отличниц СтГМУ (48 % из других вузов, $p=0,03$). Отсутствие улучшения отмечают 54 % мужчин-отличников других вузов (42 % из СтГМУ, $p=0,05$) и 52 % женщин-отличниц (39 % из СтГМУ, $p=0,05$).

Заключение. Студенты-отличники вузов менее подвержены зависимости от социальных сетей, чем их менее успешные сверстники. Часть зависимых от социальных сетей студентов использует их для достижения лучших результатов в учебе. Вместе с тем следует учитывать, что большая продолжительность использования студентами интернета в течение суток (в ходе образовательного процесса и в быту) потенциально может приводить их к таким негативным последствиям, как повышенный уровень тревожности, депрессии и стресса, снижение продуктивности, нарушения сна, социальная изоляция.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Манюкова Э.Т., Притворова Э.В., Кадочникова А.М.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница №38 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода», Нижний Новгород, Россия.

Цель — оценить уровень сердечно-сосудистого риска (ССР) у пациентов с предиабетом и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

Материалы и методы. На базе поликлиники г. Нижнего Новгорода выполнен ретроспективный анализ 86 амбулаторных карт пациентов с нарушением углеводного обмена: 19 карт больных предиабетом без атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (17 мужчин и 2 женщин в возрасте 50 (46;59) лет) и 67 карт пациентов с СД 2 типа (58 мужчин и 9 женщин в возрасте 50 (44;57) лет). Стратификация ССР у пациентов с предиабетом проводилась с использованием шкалы SCORE2, у пациентов с СД2 – SCORE2-Diabetes. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS 20.0. Рассчитывались средние значения (Me - медиана) в виде Me (Q₂₅; Q₇₅), относительные показатели (P, в %) в виде P (нижний уровень, верхний уровень 95% доверительного интервала на основе метода Клоппера-Пирсона). Для сравнения непрерывных величин использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). Сравнение дискретных величин проводилось с использованием критерия χ^2 с поправкой на непрерывность по Йетсу. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Среди пациентов с предиабетом (n=19) нарушение толерантности к глюкозе определено у 47 (24 – 71) % (n=9), нарушение гликемии натощак – у 53 (29 – 75) % (n=10) человек. У всех больных предиабетом имелись факторы ССР: наличие двух и более факторов выявлено у 84 (60 – 97) % (n=16), одного – у 16 (3,4-40) % (n=3) пациентов. Такие факторы ССР, как курение, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия (ДЛП), ожирение имели 42 (20–66) % (n=8), 84 (60 – 96) % (n=16), 95 (74 – 99) % (n=18), 52 (29–76) % (n=10) пациентов, соответственно. По шкале SCORE2 высокий ССР установлен у 84 (60 – 96) % (n=16), средний – у 11 (1–33) % (n=2), низкий – у 5 (0,1 – 26) % (n=1) пациентов с предиабетом. Средняя продолжительность заболевания у лиц с СД2 составила 5 (3;7) лет. Поражение органов мишеней имелось у 38 (27 – 50) % (n=27) пациентов: офтальмопатия – у 11 (2 – 29) % (n=3), нейропатия – у 96 (81 – 99) % (n=26). У 91 (82 – 97) % (n=61) больных СД2 имелись факторы ССР: наличие двух и более факторов выявлено у 75 (63 – 85) % (n=50), одного – у 16 (8,5-28) % (n=11)

пациентов. Такие факторы ССР, как курение, АГ, ДЛП, ожирение имели 15 (8 – 26) % (n=11), 85 (74 – 92) % (n=57), 51 (38 – 63) % (n=34), 72 (59 – 82) % (n=48) пациентов, соответственно. По шкале SCORE2-Diabetes очень высокий ССР установлен у 36 (25 – 49) % (n=24), высокий – у 46 (34–59) % (n=31), средний – у 18 (10 – 29) % (n=12) пациентов с СД2. Сравнив частоту встречаемости факторов ССР в двух группах пациентов, установлено, что ДЛП выявлялась практически у всех лиц с предиабетом и у каждого второго больного СД 2 типа ($p<0,05$), а привычка курения почти в 3 раза чаще встречалась среди больных предиабетом по сравнению с таковой у пациентов с СД 2 типа ($p=0,017$).

Заключение. Выявлена высокая распространенность факторов ССР у лиц с нарушением углеводного обмена: у лиц с предиабетом чаще выявлялась ДЛП и привычка курения. Максимальный уровень градации ССР установлен больше, чем у половины лиц с предиабетом и у каждого третьего пациента с СД 2 типа.

ОСОБЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ДИСТРЕССА У ЛЮДЕЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мехдиев Т.В.

Клиника «Альянс», Шекинский филиал Азербайджанского государственного педагогического университета, Шеки, Азербайджан.

Цель — изучить взаимосвязь между диабетическим дистрессом (ДД) у людей сахарным диабетом (СД) и их возрастом, типами диабета, длительностью заболевания, уровнем гликемии и гликированного гемоглобина (HbA1c).

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 2547 пациентов с диабетом 1 и 2 типа, проходивших амбулаторное лечение в Шекинской клинике «Альянс» в 2019-2025 годах. Возраст пациентов составлял от 18 до 75 лет, длительность заболевания — от 6 месяцев до 30 лет. Из числа пациентов с ДД у 141 (5,5%) был диабет 1 типа, а у 2406 (94,5%) — диабет 2 типа. Люди с диабетом были разделены на 5 возрастных групп: группа I включала 47 (1,8%) человек в возрасте 18-29 лет, группа II — 98 (3,9%) человек в возрасте 30-39 лет, группа III — 579 (22,7%) человек в возрасте 40-49 лет, группа IV — 896 (35,2%) человек в возрасте 50-59 лет, и группа V — 927 (36,4%) человек в возрасте <60 лет.

Для оценки проблем и опасений, связанных с диабетом у людей с диабетом, использовалась шкала оценки дистресса при диабете (DDS-17). Ответы на каждый из 17 пунктов шкалы DDS-17 оценивались по шкале от 1 (нет проблем) до 6 (очень серьезная проблема) в зависимости от степени выраженности существующих опасений. Связанный с диабетом стресс оценивался по 4 областям шкалы DDS-17:

Общий диабетический стресс рассчитывался путем суммирования ответов на все 17 вопросов шкалы DDS-17 и деления на количество вопросов (17); одновременно ответы на вопросы по 4 областям (подшкалам) рассчитывались отдельно и делились на количество этих вопросов: < 2,0 — отсутствие или очень слабый стресс; 2,0–2,9 — умеренный или умеренно значимый клинический стресс; $\geq 3,0$ — очень сильный стресс (требуется лечение). В случаях пограничного состояния между диабетом и депрессией или подозрения на депрессию депрессия исключалась с помощью шкалы PHQ-9. Статистический анализ проводился с использованием методов дискриминантного анализа (χ^2 -Пирсона).

Результаты. С увеличением возраста число пациентов со слабой или беспроблемной дисфункцией (ДД < 2,0) уменьшалось, а число пациентов с умеренной ДД увеличивалось, чаще всего в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет. Максимальный уровень был достигнут в возрастных группах 50-59 и 60 лет и старше, где была выявлена тяжелая ДД. Число людей с беспроблемной ДД было выше в младших возрастных группах. Из 2547 пациентов, включенных в обследование, у 683 (26,8%) была слабая или беспроблемная ДД; у 844 (33,1%) – умеренная ДД; у 1020 (40,1%) – очень тяжелая ДД, требующая дополнительного вмешательства ($p < 0,005$).

При исследовании ДД в зависимости от типа диабета, у 89 (27%) из 330 человек с диабетом 1 типа ДД был < 2,0, у 110 (33,3%) ДД - 2,0–2,9, и у 131 (39,7%) ДД — $\geq 3,0$; у 594 (26,8%) из 2217 человек с диабетом 2 типа были легкие или отсутствовали проблемы с ДД, у 734 (33,1%) — умеренная ДД, и у 889 (40,1%) — тяжелая ДД. Значимых различий в выявлении ДР между типами диабета, а также между мужчинами и женщинами не наблюдалось.

Риск развития осложнений диабета и сердечно-сосудистых заболеваний, включая ДД, увеличивается с длительностью заболевания. Более значительное увеличение ДД наблюдалось у людей с диабетом с увеличением длительности заболевания. При сравнении людей с длительностью диабета < 5 лет с людьми с длительностью > 10 лет были обнаружены значимые различия ($p < 0,005$). При анализе субшкалы дистресса, состоящей из 4 областей, было обнаружено, что ДД чаще выявлялся по 2 пунктам: ДД умеренной степени тяжести, обусловленный эмоциональным стрессом, составил 34,1%, тяжелая форма ДД — 30,8%; ДД умеренной степени тяжести — 25,4%, тяжелая форма ДД — 42,0%, обусловленная режимом лечения.

Из 2547 человек, включенных в исследование, у 653 человек уровень гликемии и $HbA1c < 7\%$ (53 ммоль/моль), а у 1894 человек — $HbA1c > 7\%$ (53 ммоль/моль). У людей с целевым уровнем гликемии и $HbA1c < 7\%$ (53 ммоль/моль) более часто встречался слабый или отсутствующий ДД (63,7 %), тяжелая форма ДД встречалась очень редко (9,6 %), а умеренно тяжелый ДД — 14,2 %. У пациентов с $HbA1c \geq 7$ у 85,8 % был умеренный, а у 90,4% — тяжелый ДД ($p < 0,005$).

Заключение. Среди людей с диабетом, включенных в исследование, у 26,8 % была легкая или неосложненная ДД, у 33,1 % — умеренная ДД, а у 40,1% — тяжелая ДД. Отмечалось увеличение частоты тяжелой ДД с увеличением возраста и длительности диабета. У людей с диабетом увеличение частоты тяжелой ДД наблюдалось при эмоциональном стрессе (30,8 %) и при режиме лечения (42,0 %). Было установлено, что у людей с диабетом с высоким уровнем $HbA1c$ повышен риск умеренной и тяжелой ДД, диабетических осложнений и сердечно-сосудистых рисков.

ОСОБЕННОСТИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

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

¹Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей
им. А.Алиева Минздрава АР, Баку, Азербайджан.

²ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр терапии и
профилактической медицины Минздрава РФ, Москва, Россия.

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей толщины интима-медиа (ТИМ) и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) как доклинических маркеров периферического атеросклероза у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 528 пациентов с СД 2 типа в возрасте 30–69 лет. По данным сонографии, ЛПИ $\leq 0,9$ свидетельствовал о наличии заболевания периферических артерий, а значения 0,7–0,9 расценивались как лёгкая степень, 0,4–0,7 – как средняя, $< 0,4$ – как тяжёлая степень стеноза. Показатель ТИМ $> 0,9$ – $< 1,3$ мм расценивался как стеноз каротидных артерий, $\geq 1,3$ мм – как наличие атеросклеротической бляшки в сонных артериях.

Результаты. В целом у $30,6 \pm 5,4\%$ пациентов выявлен стеноз сонных артерий $< 40\%$, у $58,3 \pm 5,8\%$ – 50 – 59% , у $12,5 \pm 3,9\%$ – 60 – 95% . Среднее значение ТИМ составило $1,217 \pm 0,038$ мм, что указывает на наличие выраженного стеноза сонных артерий, статистически значимой асимметрии частоты стеноза не отмечено (ТИМ слева $1,167 \pm 0,047$ мм vs ТИМ справа $1,265 \pm 0,060$ мм, $p > 0,05$). Показатель ТИМ достоверно не различался в зависимости от уровня гликемического контроля ($1,24 \pm 0,07$ мм vs $1,2 \pm 0,12$ мм, $p = 0,739$). Значение ТИМ $> 0,9$ мм наблюдалось в обеих сонных артериях. Более высокие показатели ТИМ выявлены у пациентов с микроальбуминурией 100 мг/дл ($1,77 \pm 0,41$ мм) и скоростью клубочковой фильтрации 89 – 60 мл/мин, преимущественно в правой сонной артерии ($1,33 \pm 0,09$ мм). У пациентов с артериальной гипертензией (АГ) по сравнению с лицами с нормотензией атеросклеротические бляшки (ТИМ $\geq 1,3$ мм) определялись достоверно чаще (соответственно $56,8 \pm 8,1\%$ vs $27,0 \pm 7,3\%$, $p = 0,049$).

Несмотря на достаточно высокую частоту симптомов атеросклероза артерий нижних конечностей ($66,7\%$), лишь у $27,2 \pm 1,4\%$ пациентов ЛПИ был $< 0,9$. Показатель ЛПИ $\leq 0,9$ чаще встречался у больных с неудовлетворительным гликемическим контролем ($40,5 \pm 2,7\%$ vs $17,3 \pm 4,3\%$, $p < 0,001$). Аналогично, у пациентов с АГ по сравнению с нормотензивными лицами ЛПИ $\leq 0,9$ выявлялся чаще (соответственно $30,6 \pm 2,3\%$ vs $12,4 \pm 3,2\%$, $p < 0,001$).

Заключение. Наличие неадекватного гликемического контроля и сопутствующая АГ у пациентов с СД 2 типа значительно повышают вероятность развития субклинических проявлений заболеваний периферических сосудов. В связи с этим в целях профилактики периферического атеросклероза у пациентов с СД 2 типа рекомендуется регулярный скрининг ТИМ и ЛПИ.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОВТОРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Минаев М.В.¹, Рузов В.И.², Филиппова С.И.², Белова С. В.², Юденичева А.А.³

¹Общество с ограниченной ответственностью "Альянс Клиник Свяига", Ульяновск, Россия.

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

³ГУЗ Саратовской области «Вольская районная больница». Поликлиника №2, Вольск, Россия.

Цель исследования. Оценить возможности прогнозирования повторного стентирования коронарной артерии при сахарном диабете 2 типа (СД 2 типа)

Материалы и методы. Проанализировано 1733 истории болезни пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) (n=797 (46%)) и пациентов с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST) (n=936 (54%)). Из них 386 человек (22,3%) страдали СД 2 типа. Мужчин было 1146 человек (68%), женщин-587 (32%). Возраст исследуемых: 27-96 (среднее 65). Пациентов старше 65 лет- 53,2% (n=923). Методы сбора клинических и демографических данных включали: документацию истории болезни, результаты лабораторных исследований, а также данные коронарографии, выполненной с использованием современных ангиографических систем. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.8.11 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Результаты. Проведенный в ходе исследования анализ поражений коронарных артерий (КА) в зависимости от возраста показал статистически значимые различия ($p = 0,001$). В ходе исследования была обнаружена связь частоты встречаемости повторного инфаркта миокарда (ИМ) у пациентов с СД 2 типа. При этом шансы развития повторного ИМ в группе пациентов с сахарным диабетом 2 типа были выше в 1,770 раза, по сравнению с группой без диабета, различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,330 – 2,355). При оценке шансов развития многососудистого поражения в группе пациентов с СД 2 типа выявлены превышение в 1,584 раза, по сравнению с группой пациентов без диабета. При этом различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,255 – 2,000). При оценке предикторов шансы повторного ИМ увеличивались при наличии у пациентов СД 2 типа в 1,691 раза, а при увеличении возраста на 1 шансы повторного ИМ увеличивались в 1,022 раза.

При оценке предикторов шансы повторного стентирования увеличивались у пациентов с СД 2 типа в 1,491 раза.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало связь наличия СД 2 типа и возраста с многососудистостью поражение коронарного русла, частотой развития повторного ИМ и числом повторных стентирований КА. Полученные результаты позволили разработать прогностические модели для определения вероятности повторного стентирования в зависимости от наличия у пациентов СД 2 типа и развития повторного ИМ в зависимости от наличия у пациентов СД 2 типа и возраста.

«ИНТЕГРАТИВНАЯ ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ (ШКАЛЫ SCORE И ИНДЕКСА АГАТСТОНА)». ОДНОМОМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ

Никонова К.В., Небиеридзе Д.В.

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

Цель. Оценка сердечно-сосудистого риска на основании шкалы SCORE с учетом индекса коронарного кальция (КИ) у пациентов без клинических проявлений атеросклероза.

Материалы и методы. Изучалась база данных пациентов, которым проводили МСКТ по выявлению коронарного кальция и расчету индекса Агатстона в «ФГБУ НМИЦ ТПМ» Минздрава России. Она содержит информацию о результатах исследований пациентов по проведенной МСКТ коронарных артерий (КА) с 2014-2023 гг., из которой были отобраны пациенты, без клинических проявлений атеросклероза: без ишемической болезни сердца, без проведенной коронаангиографии и реваскуляризации сосудов сердца, артерий сонных и нижних конечностей, отсутствие симптома «перемежающая хромота», без перенесенного инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения, у части пациентов, наблюдавшихся в условиях стационара и проходивших диспансерный осмотр и направленных на стресс-эхокардиографию с отрицательной пробой на физическую нагрузку, которым проводилось исследование КИ КА.

Проанализировано 627 историй болезни. Из них для анализа выбрано 482 истории болезни, остальное количество пациентов не подходило по возрасту для оценки риска по шкале SCORE.

Результаты. В ретроспективное и проспективное исследование включено 482 человека в возрасте от 40-65 лет, средний возраст равнялся $55,0 \pm 6,7$ лет. Количество женщин составило 349 (72,4%) человек, мужчин – 133 (27,6%). Курящих оказалось 66 (13,7%) человек. Средние показатели систолического АД были $130,8 \pm 48,4$ мм рт.ст., диастолического АД – $80,3 \pm 6,9$ мм рт.ст., по холестерину средние значения составили $6,0 \pm 1,4$ ммоль/л. Средние показатели риска по SCORE равны $2,5 \pm 3,1\%$.

При анализе риска по шкале SCORE пациенты разделились таким образом: с низким риском оказалось 161 (33,4%) человек, 270 (56%) человек имели умеренный риск, 43 (8,9%) человек – высокий риск и 8 (1,7%) человек – очень высокий риск. Пациенты по КИ распределились таким образом: 343 (71,2%) человека имели низкий риск 0-10 ед., 80 (16,6%) человек имели умеренный риск 11-100 ед., 46 (9,5%) человек имели умеренно высокий риск 101-400 ед., 13 (2,7%) человек имели высокий риск ≥ 401 ед.

Заключение. Оценка ССР по шкале SCORE имеет недостаточную прогностическую значимость. Поэтому для уточнения категории риска рекомендуется дополнительное обследование пациентов и использование дополнительных инструментальных методов, в том числе МСКТ КА с расчетом КИ, что поможет решению вопроса о дальнейшей тактике ведения пациентов и необходимости назначения медикаментозной терапии. Пациентам, имеющим высокий риск по КИ (индексу Агатстона), необходимо незамедлительное назначение медикаментозной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ОБЪЁМНОЙ СФИГМОГРАФИИ У ЮНОШЕЙ БЕЗ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ВЕЙП И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ

Пушкина Я.А., Сычев И.В., Бунегует С., Гончарова Л.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия.

Цель — провести сравнительный анализ параметров объёмной сфигмографии у юношей без кардиоваскулярной патологии использующих вейп и энергетические напитки.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры факультетской терапии с кусом медицинской реабилитации МГУ им. Огарёва. Обследовано 40 юношей без кардиоваскулярной патологии в возрасте от 21 до 25 лет. Средний возраст составил $21,7 \pm 1,1$ год. Все исследуемые в зависимости от использования вредной привычки были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли юноши ($n=20$) использующие вейп с продолжительностью от одного года до трёх лет составляя в среднем $1,6 \pm 0,8$ год. Во 2

группу вошли лица ($n=20$) употребляющие энергетические напитки от одного года до трёх лет, составляя в среднем $2,1 \pm 0,7$ года. Группы были сопоставимы по основным антропометрическим и гемодинамическим показателям. Всем обследуемым оценивали упруго-эластические свойства сосудистой стенки по показателю скорости пульсовой волны (PWV) и сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) методом объёмной сфигмографии на аппарате «VaSera VS-1500» фирмы «Fukuda Denshi», Япония. Методика измерения и оценка показателей соответствовала предложенному руководству.

Результаты. При проведении сравнительного анализа параметров объёмной сфигмографии у лиц с использующих вейп были выявлены достоверно выше показатели PWV $6,9 \pm 0,6$ м/с и CAVI $6,4 \pm 0,3$, относительно лиц использующие энергетические напитки PWV $6,2 \pm 0,5$ м/с ($p=0,001$), CAVI $5,6 \pm 0,3$ ($p=0,001$). Стоит отметить, что выявленный повышенный показатель PWV у юношей использующих вейп превышал значения возрастной нормы.

Заключение. Таким образом, в результате проведённого сравнительного исследования параметров объёмной сфигмографии (PWV и CAVI) юноши использующие вейп в среднем $2,1 \pm 0,7$ года имеют изменения упруго-эластических свойств сосудистой стенки. Данный метод диагностики наглядно демонстрирует негативное влияние курения вейпа на сосудистую стенку.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Саранчина Ю.В., Эванс В.В., Улатова И.В.

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

Цель — выделение прогностических маркеров, отражающих тяжесть течения ишемической болезни сердца (ИБС), по клиническому анализу крови.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное наблюдательное исследование пациентов с основным диагнозом ИБС, нестабильная стенокардия, проходивших лечение в кардиологическом отделении КГБУЗ «Минусинская межрайонная больница» в 2024 году. Всего было обследовано 39 пациентов, среди них 13 мужчин (33,3%) и 26 женщин (66,7%), средний возраст составил $66,2 \pm 8,5$ лет. В контрольную группу вошли условно-здоровые лица, в количестве 17 человек: 11 мужчин (64,7%) и 6 женщин (35,3%) со средним возрастом $52,1 \pm 3,3$ года. На основании клинического анализа крови были рассчитаны комплексные индексы воспаления: индекс системного воспалительного ответа (SIRI), индекс системного воспаления (SII) и совокупный системный индекс воспаления (AISI). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Statistica 10.0. Результаты представлены в виде медианы и квартилей [Me (Q1; Q3)]. Для оценки статистической значимости различий между двумя независимыми группами по количественным переменным применяли непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Установлено, что в лейкоцитарной формуле крови у пациентов с нестабильной стенокардией по сравнению с контрольной группой наблюдалось статистически значимое повышение абсолютного количества нейтрофилов [$6,25$ ($6,12$; $7,67$) $\cdot 10^9$ /л против $3,40$ ($2,70$; $4,45$) $\cdot 10^9$ /л; $p=0,0006$] и тромбоцитов [294 (264 ; 305) $\cdot 10^9$ /л против 242 (223 ; 258) $\cdot 10^9$ /л; $p=0,0025$]. При этом количество лимфоцитов не отличалось: $1,63$ ($1,30$; $2,20$) $\cdot 10^9$ /л против $2,10$ ($1,80$; $2,25$) $\cdot 10^9$ /л соответственно ($p=0,2011$). Содержание моноцитов у пациентов с нестабильной стенокардией составило $0,69$ ($0,32$; $0,80$) $\cdot 10^9$ /л против $0,50$ ($0,43$; $0,60$) $\cdot 10^9$ /л в группе сравнения. Различия по

данному показателю не были достоверными ($p=0,2273$). Данные изменения в лейкоцитарной формуле крови указывают на активность воспалительного процесса. Анализ комплексных индексов системного воспаления показал, что у пациентов с нестабильной стенокардией все индексы были повышены по сравнению с группой контроля: SIRI - в 2 раза [1,69 (1,08; 5,13) против 0,83 (0,73; 0,98); $p=0,0025$], SII - в 3 раза [1241,12 (707,36; 1496,29) против 406,69 (310,27; 474,32); $p=0,0008$], AISI – в 4 раза [450,50 (329,19; 1354,89) против 109,21 (99,54; 139,72); $p=0,00002$].

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов с ИБС при нестабильной стенокардии, на основании данных клинического анализа крови, происходит выраженная активация системного воспаления, в реализации которого принимают участие факторы врожденного иммунитета. Следовательно, комплексные индексы системного воспаления, такие как SIRI, SII и AISI могут рассматриваться как прогностические маркеры тяжести течения ИБС.

ИЗМЕНЕНИЕ КОНТУРА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ

Серова Е.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Цель исследования. Изучить динамику изменения контура электрокардиограммы (ЭКГ) и артериального давления (АД) у лиц молодого возраста с ожирением при активной ортостатической пробе (АОП).

Материал и методы. Обследовались 29 здоровых молодых людей в возрасте от 19 до 42 лет, из них 18 мужчин и 11 женщин. Измеряли рост, вес, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле $Quetelet \text{ вес(кг)} \div \text{рост(м)}^2$. Показателем нормального веса считали ИМТ 18,5-24,9 кг/м². Диапазон ИМТ 25-29,9 кг/м² соответствовал избыточному весу. Величины ИМТ 30-34,9 кг/м² и 35-39,9 кг/м² соответствовали ожирению 1-ой и 2-ой степени. После 10-ти минутного отдыха проводили АОП. Частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), ЭКГ регистрировали в конце периода отдыха (в горизонтальном положении) и на 5-ой минуте АОП. САД и ДАД измеряли на плечевой артерии методом Н. С. Короткова, мм рт. ст. Рассчитывали среднединамическое артериальное давление (СДД) в горизонтальном положении и на 5-й мин АОП по общепринятой формуле $СДД = ДАД + 1/3(САД - ДАД)$, а также должную величину $СДДд = 0,37 \times СДД_{\text{исх}} + 69,06$, где $СДД_{\text{исх}}$ – среднединамическое давление в положении лежа. Реакцию на ортостаз считали гипертензивной при превышении фактически имеющегося СДД на 5-ой мин по сравнению с его должным значением. Регистрация ЭКГ проводилась на электрокардиографе CARDIOVIT AT-2, производства Schiller, Швейцария. ЧСС определяли по ЭКГ. Нарушением ритма считали появление эктопических комплексов на ЭКГ. По всем показателям рассчитывали средние арифметические и их стандартные отклонения ($M \pm SD$) с использованием пакета программ Excel 2007.

Результаты. Обследуемых разделили на 3 подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 11 пациентов с нормальным ИМТ, во 2-ю подгруппу были включены 10 пациентов с избыточным весом. К 3-ей подгруппе относились 8 пациентов с ожирением. Исходное АД во всех подгруппах не превышало 139/89 мм рт. ст. На 5-й мин АОП отмечалась адекватная хронотропная реакция во всех подгруппах. В 1-ой подгруппе показатели СДД $103 \pm 1,3$ мм рт. ст. на 5-ой мин АОП не превышали СДДд $101 \pm 1,2$ мм рт. ст. Во 2-ой и 3-ей подгруппах отмечалась гипертензивная реакция на ортостаз. Показатели СДД $107 \pm 1,2$ мм рт. ст. превышали СДДд $105 \pm 1,6$ мм рт. ст. во 2-ой подгруппе. В 3-ей подгруппе отмечались показатели $109 \pm 1,5$ мм рт. ст. и $107 \pm 1,2$ мм рт. ст. для СДД и СДДд

соответственно. Во 2-ой подгруппе (в 6 случаев из 10) на 5-й мин АОП на ЭКГ регистрировались единичные наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭС) $4 \pm 1,2$ в мин. У пациентов 3-ей подгруппы в большинстве случаев (в 7 случаев из 8) регистрировались НЖЭС $6 \pm 1,3$ и стволовые ЭС $4 \pm 1,2$ (в 3 случаях из 8).

Заключение. Избыточный вес и ожирение у лиц молодого возраста ассоциируется с нарушением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы. Выявленные изменения ЭКГ указывают на целесообразность проведения превентивной кардиопротективной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Цыганов А.О., Еремекшова А.И., Скоробогатова Л.Н.

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

Цель. Выявить клинико-лабораторные особенности течения артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни пациентов с гипертонической болезнью и СД 2 типа. Критерий стратификации – длительность диабета: 1-ю группу составили 14 пациентов со стажем ≤ 5 лет (средний возраст $62,5 \pm 11,2$ года), 2-ю группу – 31 пациент со стажем > 5 лет ($68,9 \pm 8,1$ года). Оценивались: достижение целевого систолического АД (для лиц < 65 лет – < 130 мм рт.ст., для ≥ 65 лет – $130-139$ мм рт.ст.), функция почек (креатинин, расчетная скорость клубочковой фильтрации – рСКФ по MDRD), частота хронической болезни почек (ХБП, рСКФ < 60), липидный профиль (ХС ЛПВП, триглицериды, ХС ЛПНП) и углеводный обмен (HbA1c). Статистическая обработка выполнена с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. Установлено, что увеличение длительности СД 2 типа > 5 лет ассоциировано с прогрессирующим ухудшением контроля АГ: целевого уровня АД достигают лишь 29% пациентов во 2-й группе против 50% в 1-й. Средний стаж у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией во 2-й группе составил $17,4 \pm 7,7$ года против $15,8 \pm 7,3$ года у достигших цели. Выявлено статистически значимое ухудшение функции почек во 2-й группе: повышение креатинина до $105,7 \pm 26,5$ мкмоль/л (против $88,8 \pm 22,2$) и снижение рСКФ до $59,4 \pm 18,7$ мл/мин (против $75,3 \pm 20,1$). Частота ХБП во 2-й группе достигла 50%, что в 2,2 раза выше, чем в 1-й (23,1%). При анализе липидного спектра во 2-й группе зафиксировано снижение антиатерогенного ХС ЛПВП до $0,98 \pm 0,21$ ммоль/л (против $1,09 \pm 0,36$) и повышение триглицеридов до $2,33 \pm 1,15$ ммоль/л (против $1,78 \pm 1,29$), что указывает на формирование более атерогенного профиля. Уровень ХС ЛПНП оставался высоким в обеих группах (3,16 и 3,01 ммоль/л), превышая целевые значения ($< 1,8$ ммоль/л). Компенсация углеводного обмена была хуже во 2-й группе (HbA1c $8,79 \pm 1,86\%$ против $7,61 \pm 2,48\%$).

Заключение. Длительность СД 2 типа > 5 лет является ключевым фактором, определяющим тяжесть течения артериальной гипертензии, и ассоциирована с низкой частотой контроля АД (29%), высокой распространенностью ХБП (50%) и усугублением дислипидемии (снижение ЛПВП, рост триглицеридов). Пациенты с длительным стажем СД 2 типа требуют особого внимания: им рекомендованы ежегодный расчет рСКФ,

достижение целевого ХС ЛПНП $<1,4$ ммоль/л, применение нефропротективных комбинаций (блокаторы РААС, ингибиторы SGLT2) и строгий контроль гликемии для предотвращения необратимых сосудистых осложнений.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАСПИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПОСТИНФАРКТНЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Юденичева А.А.¹, Рузов В.И.², Минаев М.В.³

¹Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Вольская районная больница». Поликлиника №2. Вольск, Россия.

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия.

³Общество с ограниченной ответственностью "Альянс Клиник Свияга", Ульяновск, Россия.

Цель — оценить диагностическое значение васпина сыворотки крови в оценке постинфарктных нарушениях ритма сердца у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследованы пациенты с впервые возникшем инфарктом миокарда (ИМ) и СД 2 типа (СД 2)($n=19$) с подъемом(ИМпST) ($n=17$) и без подъема(ИМбпST) сегмента ST($n=2$) в период с 05.08.23 г. по 30.10.24 г. Пациенты с ИМпST составили 1 группу, ИМбпST - 2 группу. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. 1-й группу мужчины составили 7 пациентов со средним возрастом $58,86 \pm 9,84$ лет, женщины – 10 пациентов $65,50 \pm 10,87$ лет. Коронарография (КАГ) выполнена у 15 пациентов, стентирование коронарных артерий (КА) у 13 пациентов. Вторую группу составили 2 женщины, средний возраст которых 67,50 лет (Q_1 - Q_3 -64,2 – 70,75). КАГ и стентирование КА выполнено у 2 пациентов. Критерии включения в исследование: наличие подписанного информированного согласия, подтвержденный выписками из истории болезни впервые возникший ИМ, СД 2 типа. Исключающие критерии: врожденные пороки сердца, наследственные нарушения гемостаза, трансаминазы $>5 \times N$, СКФ <30 мл/мин/1,73 м², кардиомиопатии, онкология, обострение болезней бронхолегочной системы. До начала исследования пациенты получали стандартную базовую терапию. В процессе исследования использовались данные из выписок историй болезней. Забор крови проводился на 28-й день после ИМ. Уровень васпина определялся с применением иммуноферментного анализа с использованием анализатора Tekan Infinite F50 с программным обеспечением Magellan V 7.2. За референсные значения принимались уровни васпина сыворотки-180-1550 пг/мл. Из осложнений оценивались нарушение сердечного ритма. Статистический анализ был осуществлен с использованием программы StatTech версии 4.10.3, разработанной ООО "Статтех" в России. Различия признавались статистически значимыми при значении $p < 0,05$.

Результаты. Оценка лабораторных критериев в остром периоде ИМ показала, что в 1-й группе сывороточные уровни васпина составили 0,48-2,71 пг/мл (Me 1,96 пг/мл, Q_1 - Q_3 -0,77-2,36), во 2-й группе-0,76-0,88 пг/мл (Me 0,82 пг/мл, Q_1 - Q_3 -0,79-0,85), что можно объяснить компенсаторной ролью васпина при метаболических изменениях на фоне оксидативного стресса. Достоверность различий между группами 0,001. У пациентов с ИМпST и СД 2 типа васпин является статистически значимым предиктором возникновения желудочковой экстрасистолии, которая прогнозировалась в остром периоде при васпине $\geq 2,42$ пг/мл (AUC=0,929; 95% ДИ: 0,717-1,000, $p < 0,001$, Se=100,0%, Sp=94,1%) и в постинфарктном периоде при васпине $\geq 2,53$ (AUC=0,933; 95% ДИ: 0,684–1,000, $p < 0,001$). Во 2-й группе не было выявлено статистически значимой связи между васпином и госпитальными

нарушениями ритма сердца $p=0,317$, на фоне отсутствия последующего рецидивирования в постинфарктном периоде. **Заключение.** Васпин сыворотки крови является статистически значимым предиктором возникновения желудочковой экстрасистолии у пациентов с ИМпST и коморбидным СД 2 типа ($p < 0,001$).

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАСПИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ В ОЦЕНКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юденичева А.А.¹, Рузов В.И.², Минаев М.В.³

¹Государственное учреждение здравоохранения Саратовской области «Вольская районная больница». Поликлиника №2. Вольск, Россия.

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия.

³Общество с ограниченной ответственностью "Альянс Клиник Свияга", Ульяновск, Россия.

Цель — оценить диагностическое значение васпина сыворотки крови в оценке осложнений постинфарктного периода у пациентов с метаболическим синдромом (МС). **Материалы и методы.** Обследованы пациенты с впервые возникшем инфарктом миокарда (ИМ) ($n=62$) с МС ($n=16$) и без МС ($n=46$). Пациенты с МС составили 1-ю группу, без МС — 2-ю группу. Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Первую группу составили 5 мужчин и 11 женщин. Средний возраст данных обследуемых $59,60 \pm 9,63$ (мужчины), $66,45 \pm 10,50$ (женщины). Коронарография (КАГ) выполнена у 14 пациентов. Вторую группу составили 33 мужчины и 13 женщин. Средний возраст $58,45 \pm 11,34$ (мужчины), $65,00 \pm 10,83$ (женщины). КАГ выполнено у 38 пациентов. Исключающие критерии: врожденные пороки сердца, наследственные нарушения гемостаза, трансаминазы $> 5 \times N$, скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м², кардиомиопатии, обострение болезней бронхолегочной системы. Взятие крови осуществлялась на 28 день ИМ. Уровень васпина определялся с использованием иммуноферментного анализа с помощью анализатора TekanInfiniteF50 с программным обеспечением MagellanV7.2. За референсные значения принимались уровни васпина сыворотки-180-1550 пг/мл. Из осложнений оценивались нарушение сердечного ритма.

Статистический анализ был осуществлен с использованием программы StatTech версии 4.10.3, разработанной ООО "Статтех" в России.

Результаты. Сывороточные уровни васпина в 1-й группе составили 0,48-2,71 пг/мл ($Me 1,92, Q_1-Q_3-0,77-2,38$), во 2-й группе-0,37-1001 пг/мл ($Me 1,85, Q_1-Q_3-0,77-2,35$), что можно объяснить компенсаторной ролью васпина при метаболических изменениях на фоне оксидативного стресса. Достоверность различий между группами 0,896. У пациентов с МС желудочковая экстрасистолия острого периода ИМ прогнозировалась при значении васпина $\geq 2,42$ пг/мл ($AUC=0,923; 95\% ДИ: 0,703-1,000, p=0,026$), в постинфарктном периоде-при васпине $\geq 2,53$ пг/мл ($AUC=0,929; 95\% ДИ: 0,670-1,000, p<0,001$). При оценке связи между количеством дней госпитализации и васпином у пациентов без МС была установлена прямая связь умеренной тесноты ($Y=-0,001 \times X + 14,625$, где x -значение сывороточного васпина, $p=0,023$). Повторные стентирование проводились у пациентов со значениями васпина 0,484-2,19 пг/мл (при увеличении васпина на 1 пг/мл количество повторных стентирований уменьшается на 0,033 ($Y=-0,033 \times X + 0,429$, где x -значение сывороточного васпина)), $p=0,346$. Повторный ИМ прогнозируется при значении васпина ниже 0,671 пг/мл ($Se 50\%, Sp 88,6\%$), $p=0,553$. **Заключение.** Острый период ИМ у пациентов с МС сопровождается низкими уровнями

васпина(менее 2,71пг/мл),у пациентов без МС(менее 1002 пг/мл). Желудочковая экстрасистолия в острый период дебютирует при васпине $\geq$ 2,42пг/мл($p=0,026$) и сохраняется в постинфарктном периоде при васпине $\geq$ 2,53пг/мл ($p<0,001$).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ С КОРОНАРНЫМ КАЛЬЦИНОЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИШЕМИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Хаишева Л.А., Умугванеза Дж.А., Литвинова М.С., Алексеева Н.С.
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Ростов-на-Дону, Россия.

Увеличение толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) является независимым предиктором тяжести кальцификации сосудистой стенки. Однако, в доступной литературе практически отсутствуют данные о характере взаимосвязи тЭЖТ с количественными характеристиками кальциноза, в частности, с кальциевым индексом в зависимости от возраста пациентов.

Цель. Оценить взаимосвязь тЭЖТ со степенью кальциноза коронарных артерий у пациентов с подозрением на ишемическую болезнь сердца (ИБС) в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Обследовано 112 пациентов с подозрением на ИБС. Возраст участников составил 54,0 [39,0; 67,0] года, 69 (61,6%) мужчины. Оценку КИ в единицах Агатстона выполняли с помощью компьютерной томографии сердца на 640-срезовом компьютерном томографе CANON с использованием программного обеспечения мультимодальной рабочей станции. тЭЖТ измеряли на основе многоплоскостной реконструкции по короткой оси левого желудочка, на уровне среднежелудочкового слоя, посередине свободной стенки правого желудочка.

Результаты. Пациенты разделены на 3 возрастные группы: 1-я -лица от 18 до 40 лет ($n=18$, 36,0 [33,0; 39,0] лет, 18 (100%) мужчины), 2-я группа – от 41 до 60 лет ($n= 51$, 52,0 [44,0; 58,0] года, 27 (53%) мужчины), 3-я группа - ≥ 61 года ($n= 43$, возраст 67,0 [64,0; 72,0] лет, 24 (56%) мужчины). В 1-й группе КИ составил 11 [5; 28] ед. Агатстона, тЭЖТ - 15 [11; 20] мм, во 2-й КИ - 89 [35; 158] ед. Агатстона, тЭЖТ - 17 [11; 26] мм, в 3-й группе - КИ - 146 [85; 218] ед. Агатстона, тЭЖТ - 17 [12; 26] мм. Оценка корреляций изученных параметров показала, что тЭЖТ положительно коррелировала с величиной КИ во 1-й ($r= 0,51$, $p= 0,02$) и 2-й группах ($r= 0,38$, $p= 0,04$). В 3-й группе статистически значимой взаимосвязи обнаружено не было.

Заключение. тЭЖТ положительно коррелирует с кальциевым индексом у пациентов молодого и среднего возраста. У лиц старше 60 лет данная взаимосвязь отсутствует, что может свидетельствовать о вовлеченности в процесс атерогенеза в старшей возрастной группе других, более значимых факторов риска.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ FGF23 С КАЛЬЦИФИКАЦИЕЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОХРАНЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Хаишева Л.А., Умугванеза Дж.А., Литвинова М.С.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

Актуальность. Фактор роста фибробластов 23 (FGF23) признан одним из регуляторов сосудистой кальцификации у лиц с хронической болезнью почек. При этом данных об уровне FGF23 у лиц старческого возраста с сохранённой функцией почек и его связи с выраженностью кальцификации коронарных артерий в доступной литературе нет.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня FGF23 в сыворотке крови с кальциевым индексом (КИ) коронарных артерий у лиц старческого возраста с сохраненной функцией почек.

Материалы и методы. В исследование включены 46 пациентов от 75 до 90 лет (медиана возраста 81 [77; 86] год, 15 (32,6%) мужчины). КИ оценивали в единицах Агатстона с помощью компьютерной томографии сердца на 640-срезовом компьютерном томографе CANON с использованием программного обеспечения мультимодальной рабочей станции. Исследование плазменного уровня FGF23 проводили методом количественного иммуноферментного анализа.

Результаты. Расчетная скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-EPI у всех участников превышала 60 мл/мин/1,73м² и составила 68,3 [62,4; 72,8] мл/мин/1,73м². Уровень FGF23 был равен 23,63 [16,72; 30,42] пмоль/л. Медиана КИ составила 181 [103; 294] ед. Агатстона. Уровень FGF23 отрицательно коррелировал с рСКФ ($r = -0,43$; $p = 0,001$). При сопоставлении FGF23 с КИ нами выявлена слабая положительная связь ($r = 0,31$; $p = 0,05$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что FGF23 может выступать в роли фактора, ассоциированного с развитием сосудистой кальцификации у лиц старческого возраста на ранних стадиях почечной дисфункции.

