

17 ОКТЯБРЯ
2025



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ТЕЗИСЫ

*Полиморбидный пациент.
Герой нашего времени*

Москва, Ленинградский пр-т, д. 37, корп. 9
Бизнес-отель «Аэростар»

Регистрация и просмотр мероприятия

TVMEDEXPERT.RU

Содержание

РОЛЬ МУТАЦИИ ГЕНА <i>MTHFR</i> В РАЗВИТИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ ДАННОЙ МУТАЦИИ <i>Баранова Е.А.</i>	4
ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Анцигина А.Е.</i>	6
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ <i>Мурзабекова Д.М.</i>	8
БЕЗОПАСНОСТЬ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Цыстарь В.Е.</i>	10
ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В НЕВРОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ <i>Рзаева Д.З.</i>	12
ВЛИЯНИЕ ПОЛИПРАГМАЗИИ НА СМЕРТНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ КАРДИОЛОГИИ <i>Вадюхина Е.А.</i>	13
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ. ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ <i>Якименко З.Е.</i>	15
СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА ХОБЛ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ <i>Назарова А.А.</i>	17
АНЕМИЯ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР СМЕРТНОСТИ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Мезенцева Д.В.</i>	19
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА, ГИПЕРТОНИЯ И ОЖИРЕНИЕ КАК ПОЛИМОРБИДНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ <i>Горбунова Я.А.</i>	21
ПРОБЛЕМА ПОЛИПРАГМАЗИИ У ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Зайцева А.С.</i>	23

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ И ДИАБЕТОМ 1 ТИПА <i>Рабаданов Г.Р.</i>	25
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Абилов Фахмин Панах оглы</i>	27
РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ФОРМИРОВАНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ <i>Семдянкина Ю.Д.</i>	28
АНТИДЕПРЕССАНТЫ В КАРДИОЛОГИИ <i>Булюкина С.Р.</i>	30
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ: КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ <i>Радзиевская О.А.</i>	31
ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК ВАЖНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИИ <i>Идигова С.В.</i>	33
ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ <i>Савяк А.О.</i>	34
ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ <i>Загидова П.А.</i>	36
ПОЛИМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА <i>Рамазанова А.Н.</i>	38
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ОТЯГОЩАЮЩИЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ <i>Докторова А.Е.</i>	40
ПОЛИМОРБИДНОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Журавлева П.В.</i>	42
СВЯЗЬ МЕЖДУ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МИКРОСОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕКРЕСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ТАИЛАНДЕ <i>Молчанов Н.Я.</i>	44

РОЛЬ МУТАЦИИ ГЕНА *MTHFR* В РАЗВИТИИ АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ ДАННОЙ МУТАЦИИ

Баранова Е.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. В развитии сердечно-сосудистых заболеваний важное значение имеют мутации гена *MTHFR*, приводящие к нарушению гемостаза. Предрасположенность к повышенной коагуляции и образованию тромбов является одной из причин: инфарктов, инсультов, атеросклероза, гипертензии, ишемической болезни сердца. В качестве фактора развития тромбофилии рассматривают гипергомоцистеинемию, в основе которой могут возникать мутации генов фолатного обмена. Ключевым этапом данного обмена принято считать синтез метионина из гомоцистеина, который катализируется витамином B12. Метионин является мощным антиоксидантом и снижает уровень холестерина. Нарушение фолатного цикла провоцирует накопление гомоцистеина в плазме, что приводит к повреждению клеток (разрушение ДНК, нарушение клеточной деятельности и т.д.). Гомоцистеин способен оказывать цитотоксическое действие на эндотелий артерий, активирует процесс свертывания крови, а также повышает митотическую активность гладких миоцитов сосудов. Соответственно, нарушение фолатного цикла способствует развитию атеросклероза и ассоциированных с ним заболеваний.

Цель исследования. Комплексное изучение роли мутаций гена *MTHFR* в развитии ассоциированных заболеваний сердечно-сосудистой системы и ознакомление с мерами профилактики данных заболеваний.

Задачи исследования:

1. Провести анализ влияния мутаций гена *MTHFR* на развитие сердечно-сосудистых заболеваний.
2. Изучить биологические и химические процессы, лежащие в основе механизма возникновения патологий сердечно-сосудистой системы.
3. Рассмотреть меры профилактики заболеваний, вызванных данной мутацией.

Материалы и методы. Методы исследования мутации включают полимеразную цепную реакцию (ПЦР), в том числе в режиме реального времени. Для анализа используют образец венозной крови или буккальный эпителий. Замены нуклеотидов гена *MTHFR* – одна из распространенных причин гипергомоцистеинемии. Наиболее изученная вариация замены – замена цитозина в позиции 677 на тимин. Данный полиморфизм обозначается как C677T. Соответственно, меняются биохимические свойства фермента, в котором заменяется аминокислота аланин на валин в сайте связывания фолата, что повышает уровень гомоцистеина в крови. У людей с пониженной активностью фермента риск сердечно-сосудистых заболеваний повышается в 3 раза: повышенный уровень гомоцистеина увеличивает вероятность развития атеросклероза и тромбоза. Накапливаясь в организме, он способен разрушить внутреннюю стенку артерий, что влечет за собой разрыв эндотелия. На поверхность повреждения

осаждается холестерин и кальций, в результате чего образуется атеросклеротическая бляшка и просвет закупоривается. Атеросклероз-ассоциированные заболевания включают: поражения сосудов почек, сердечная недостаточность, инфаркт, а также инсульт.

Меры профилактики при наличии мутации гена *MTHFR*. Некоторые меры, которые рекомендуются специалистом, зависят от индивидуальной ситуации:

1. Дополнительные фолиевая кислота: Мутации *MTHFR* снижают эффективность обработки фолиевой кислоты.
2. Если существует повышенный риск возникновения тромбоза, врач может назначить антикоагулянты для предотвращения его образования.
3. Регулярный контроль уровня гомоцистеина в крови рекомендован для оценки эффективности профилактических мер.
4. Соблюдение здорового образа жизни, сбалансированный рацион, достаточный уровень физической нагрузки, отказ от вредных привычек.
5. Важно проконсультироваться с генетиком, чтобы ознакомиться с аспектами мутации *MTHFR* и составить индивидуализированный план профилактики.

Выводы. Мутация гена *MTHFR* играет важную роль в патогенезе различных сердечно-сосудистых заболеваний. Этот ген кодирует дефицит активности фермента, который ведет к повышению уровня гомоцистеина в крови, что является фактором риска развития атеросклероза, тромбозов, инфаркта миокарда и инсульта. Рекомендовано регулярно проходить медицинские обследования и соблюдать согласованный с врачом режим образа жизни и питания.

Список литературы:

1. <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-skorsakova-2/2016/8-2/1199772982016082030>
2. <https://cyberleninka.ru/article/n/polimorfizm-genov-folatnogo-tsikla-i-predraspolozhennost-k-serdechno-sosudistym-zabolevaniyam-sredi-shkolnikov-rostova-na-donu/viewer> <https://helix.ru/kb/dict/Полиморфизм%20гена>

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Анцигына А.Е.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: annaantsygina@gmail.com

Актуальность. Полиморбидность остается одной из центральных проблем современной медицины, особенно у пациентов среднего и пожилого возраста. Сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и сахарного диабета 2 типа (СД2) встречается у 20-25% пациентов и значительно утяжеляет течение каждой патологии. Оба заболевания обладают системным воспалительным компонентом, вовлекающим эндотелий, метаболизм и иммунный ответ. Это ведет к более частым обострениям ХОБЛ, снижению эффективности бронхолитической терапии, ускоренному прогрессированию дыхательной недостаточности и повышению сердечно-сосудистой смертности. Изучение взаимного влияния этих состояний необходимо для оптимизации комплексного лечения и профилактики осложнений у полиморбидных больных.

Цель. Изучить особенности клинического течения хронической обструктивной болезни легких у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа и определить влияние метаболических нарушений на частоту обострений и функциональные показатели легких.

Задачи:

1. Оценить частоту и выраженность обострений ХОБЛ у больных с СД2 по сравнению с пациентами без метаболических нарушений.
2. Изучить показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1, индекс Тиффно) у обеих групп.
3. Проанализировать взаимосвязь уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) с клиническими характеристиками ХОБЛ.
4. Определить особенности медикаментозного лечения и частоту госпитализаций у полиморбидных пациентов.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное наблюдательное исследование 80 пациентов (46 мужчин, 34 женщины) в возрасте 45–75 лет, проходивших лечение в пульмонологическом отделении. Пациенты были разделены на две группы: 1-я – ХОБЛ без СД2 (n=40), 2-я – ХОБЛ + СД2 (n=40). Оценивались данные анамнеза, количество обострений за 12 месяцев, результаты спирометрии, уровень HbA1c и индекс массы тела. Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа ($p < 0,05$ считалось статистически значимым).

Результаты. У пациентов с сочетанием ХОБЛ и СД2 отмечено достоверное увеличение частоты обострений ($3,1 \pm 0,4$ против $1,8 \pm 0,3$ в год; $p < 0,01$), более выраженное снижение ОФВ1 ($61 \pm 8\%$ против $74 \pm 7\%$ от должного; $p < 0,05$) и повышенный уровень госпитализаций. Выявлена отрицательная корреляция между уровнем HbA1c и показателем ОФВ1 ($r = -0,42$), что указывает на связь гипергликемии с ухудшением

легочной функции. Пациенты с СД2 чаще нуждались в комбинированной терапии с включением ингаляционных глюкокортикостероидов и системных бронхолитиков.

Выводы:

1. Сахарный диабет 2 типа оказывает выраженное негативное влияние на течение ХОБЛ, повышая частоту обострений и ухудшая функциональные показатели легких.
2. Контроль гликемии и коррекция метаболических нарушений являются неотъемлемой частью ведения полиморбидных пациентов с ХОБЛ.
3. Необходим индивидуализированный подход с участием пульмонолога и эндокринолога для повышения эффективности терапии и снижения риска осложнений.

Список литературы:

1. Чучалин А.Г. и соавт. Хроническая обструктивная болезнь легких: современные представления о патогенезе и терапии. Пульмонология. 2023; 33 (2):115–122.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
3. Zeng Q., et al. The impact of type 2 diabetes on outcomes in patients with COPD: a meta-analysis. Respiratory Medicine. 2021;185:106496.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2024 Report.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Мурзабекова Д.М.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность исследования. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться одной из ведущих причин смертности и инвалидизации в мире, что делает ее важной проблемой здравоохранения. Заболеваемость ХСН растет с каждым годом, что связано как с увеличением продолжительности жизни, так и с высоким уровнем факторов риска, таких как гипертония, ишемическая болезнь сердца и диабет. Так же сахарный диабет 2 типа как основная форма диабета значительно повышает риск развития ХСН. Исследования показывают, что около 30-40% пациентов с ХСН имеют нарушение углеводного обмена, что усугубляет клиническую картину заболевания и увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. Хроническое повышение уровня глюкозы в крови способствует развитию инсулинорезистентности, воспаления и повреждения сосудов, что усиливает нагрузку на сердце. Ожирение является еще одним важным фактором, играющим роль в развитии как ХСН, так и сахарного диабета 2 типа. Ожирение приводит к нарушению обмена веществ, увеличивает нагрузку на сердце и способствует развитию гипертонии, дислипидемии и воспаления, что в свою очередь ухудшает функцию сердца и усугубляет течение хронической сердечной недостаточности. Взаимодействие этих заболеваний создает порочный круг, который значительно затрудняет лечение. Комбинированный подход в терапии, включающий как фармакологические средства, так и немедикаментозные методы (коррекция диеты, физическая активность, снижение массы тела), становится ключевым в лечении таких пациентов. Современные исследования открывают новые возможности для эффективного воздействия на несколько патогенетических механизмов одновременно, что делает возможным улучшение клинических результатов у таких пациентов. Таким образом, необходимость в комплексном и индивидуализированном подходе к лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью, осложненной сахарным диабетом 2 типа и ожирением, является высокоактуальной. Важно дальнейшее изучение эффективности комбинированных терапевтических стратегий, направленных на улучшение состояния и качества жизни пациентов, страдающих от сочетания этих заболеваний.

Цель исследования. Целью настоящего исследования стало изучение влияния комплексных терапевтических подходов на клиническое течение и показатели качества жизни пациентов с ХСН, СД II типа и ожирением.

Материалы и методы. Исследование проводилось на выборке из 50 пациентов. Пациенты были разделены на две группы: основная группа получала стандартную терапию ХСН совместно с препаратами для контроля гликемического профиля и коррекцией массы тела, контрольная группа получала только базовую терапию ХСН. Анализировались следующие показатели: функциональные классы ХСН; гликозилированный

гемоглобин (HbA1c); индекс массы тела (ИМТ); показатели эхокардиографии; качество жизни по опроснику SF-36; продолжительность наблюдения составила X месяцев.

Результаты. Предварительные результаты показали улучшение функционального класса ХСН и снижение уровня HbA1c в основной группе. Наблюдалось уменьшение ИМТ и повышение показателей качества жизни по сравнению с контрольной группой. Эхокардиографические показатели также улучшились в основной группе, демонстрируя положительное влияние комплексной терапии.

Выводы. Комбинированная терапия, включающая оптимизацию лечения ХСН, нормализацию углеводного обмена и коррекцию веса, позволяет добиться значительного улучшения состояния пациентов с ХСН, осложненной СД II типа и ожирением. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения полученных результатов и разработки рекомендаций по выбору оптимальной стратегии лечения таких пациентов.

БЕЗОПАСНОСТЬ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Цыстарь В.Е.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: lera.tsystar.06@mail.ru

Актуальность проблемы. Сахарный диабет (СД) является одним из лидирующих по частоте встречаемости неинфекционных заболеваний, которым страдают по разным данным от 3% до 7% населения развитых стран. В совокупности с макро- и микрососудистыми осложнениями, которые часто становятся причиной инвалидизации пациентов, риск смерти от сердечно-сосудистой патологии увеличивается в 2–3 раза. Некоторые препараты сахароснижающей терапии на фоне коморбидных патологий пациента, например, снижения скорости клубочковой фильтрации, могут создавать дополнительные риски гипогликемии, поэтому важно обратить внимание специалистов здравоохранения на выбор препаратов для проведения сахароснижающей терапии.

Цель. Целью настоящего исследования послужило изучение реальной практики назначения сахароснижающих препаратов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа при госпитализации в отделения терапевтического профиля.

Задачи. Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Проанализировать истории болезней пациентов, выявить страдающих СД 2 типа с коморбидной патологией.
2. Проанализировать фармакотерапию сахарного диабета с учетом анамнестических данных.

Материал и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ 97 историй болезни пациентов с СД 2 типа. Для проведения анализа была создана база данных, в которой содержалась информация об основном и сопутствующих диагнозах на момент госпитализации, данные о скорости клубочковой фильтрации (по формуле СКД-EPI) на момент госпитализации и в динамике, прием лекарственных средств и уровень сахара в крови. Анализ фармакотерапии СД включал в себя учет анамнестических данных о приеме сахароснижающих препаратов, фактический прием препаратов сахароснижающей терапии по данным листов назначения, изменения в лечении при наличии консультации эндокринолога.

Результаты. Изменение клинических подходов на современном этапе не привело к изменению стандартов лекарственных назначений больным с СД 2 типа. Преимущественно назначают производные сульфонилмочевины для контроля содержания сахара в крови, при этом 20,6% пациентов принимают глибенкламид, который обладает большим риском развития гипогликемии. Среди госпитализированных пациентов – 69% с сопутствующим СД 2 типа имеют признаки снижения выделительной функции почек, а 11,6% нуждаются в срочной коррекции дозировки сахароснижающих препаратов или смене лечения. Из-за отсутствия настороженности врачей, не имеющих отношения к эндокринологическому профилю, в отношении возможности

развития гипогликемии у больных со снижением функции почек, возникает недостаточный сбор анамнеза по приему гипогликемических препаратов и отсутствие направления на консультацию к профильному специалисту.

Выводы. Недостаточная осведомленность приводит к несвоевременной коррекции фармакотерапии на этапе госпитализации. Для решения проблемы необходимо разработать и создать обучающие программы и информационные системы для врачей различных специальностей, которые помогут им принять решение о необходимости коррекции режима дозирования препаратов и консультации эндокринолога.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В НЕВРОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

Рзаева Д.З.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Полиморбидность (ПМ) – сочетание нескольких хронических заболеваний у одного пациента – стала одной из ключевых медико-социальных и организационно-экономических проблем здравоохранения. Распространенность ПМ достигает 90%, особенно у пожилых. Рост числа пациентов с несколькими патологиями приводит к увеличению сердечно-сосудистых и неврологических рисков, усложняет назначение антикоагулянтов при фибрилляции предсердий, коррекцию дислипидемии и гипертензии, выбор тактики при когнитивных нарушениях и расстройствах сна.

Цель. Определить особенности ПМ у неврологических пациентов и обосновать современные междисциплинарные подходы к профилактике и лечению, направленные на улучшение прогноза и качества жизни.

Задачи. Охарактеризовать структуру ПМ в неврологической практике. Выявить ключевые факторы риска формирования сочетанной патологии. Рассмотреть методы количественной оценки ПМ.

Проанализировать современные стратегии терапии и ведения.

Материалы и методы. Проведен анализ данных отечественных и международных публикаций, включая систематические обзоры по методам оценки полиморбидности (CDS, Charlson Index, CIRS, DUSOI), а также эпидемиологические исследования по частоте ПМ среди различных возрастных групп.

Результаты. Полиморбидность у неврологических пациентов формируется на фоне возрастных изменений, артериальной гипертензии, дислипидемии, сахарного диабета, ожирения и хронических воспалительных заболеваний. Комбинации сердечно-сосудистых, метаболических и неврологических расстройств приводят к усилению когнитивного дефицита и снижению адаптационных резервов. На практике преобладают сочетания 2–3 нозологий, однако у пожилых пациентов часто встречаются шесть и более заболеваний одновременно. Отсутствие единых алгоритмов и фрагментация медицинской помощи затрудняют назначение антикоагулянтов у больных с ФП и ПМ, требуют персонализированной тактики коррекции АД и липидного профиля, а также комплексного подхода к лечению нарушений сна и когнитивных расстройств.

Выводы. Полиморбидность является неотъемлемой характеристикой современной неврологической практики. Эффективное ведение таких пациентов требует интеграции кардиологических, эндокринологических и неврологических стратегий, оценки совокупного бремени болезней с помощью валидированных шкал и перехода к персонализированной терапии. Междисциплинарное взаимодействие и использование современных инструментов стратификации риска позволяют улучшить прогноз, снизить частоту осложнений и повысить качество жизни полиморбидных пациентов.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИПРАГМАЗИИ НА СМЕРТНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ КАРДИОЛОГИИ

Вадюхина Е.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: veka04@mail.ru

Актуальность. Полипрагмазия – это одновременное назначение большого количества (обычно пяти и более) лекарственных средств (ЛС). Серьезность проблемы, в особенности, часто встречается у пожилых пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Это связано с наличием у таких пациентов полиморбидности (множественные заболевания), что неизбежно приводит к назначению большого количества лекарственных средств (ЛС). Впоследствии могут возникнуть побочные эффекты из-за лекарственных взаимодействий с последующей госпитализацией. Например в США, в 2000 году от полипрагмазии страдало 24% пожилых больных, однако к 2012 году процент повысился до 39%.

Цель. На основе анализа различных источников, установить и оценить взаимосвязь между пожилыми пациентами с ССЗ и полипрагмазией. Выявить факторы, приводящие к повышению возможности летального исхода.

Материалы. Ретроспективный обзор различных статей на данную тему. Использование интернет-ресурсов. В поисковых запросах использовались следующие термины: «полипрагмазия», «полиморбидность».

Были отобраны две статьи по данной теме:

1. <https://unclinic.ru/polipragmazija-u-pozhilyh-pacientov-s-serdechno-sosudistymi-zabolevanijami/>
2. <https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/riski-polipragmazii-u-pozhilykh-patsientov-s-serdechno-sosudistymi-zabolevanijami/>

Результаты. В связи с большим количеством различных заболеваний, связанных с сердечно-сосудистой системой (ССС) и усугублением данных патологий, в результате увеличения возраста пациентов, по данным исследований, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний возрастает с 65–70% среди людей в возрасте 60–79 лет до 79–86% у тех, кто старше 80 лет. Наиболее часто выявлялись ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертония, хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Однако по статистическим измерениям выявлено, что большинство пожилых людей, страдающих от ССЗ, имеют сопутствующие заболевания других систем, которые подразумевают лечение другими лекарственными средствами (ЛС). Помимо того, есть вероятность самостоятельного употребления пациентом препаратов, не входящих в список выписанных врачом. Психологические расстройства также могут быть критерием, влияющим непосредственно на состояние ССЗ, а в дальнейшем и на наличие полипрагмазии. Примером может служить назначение пожилому человеку одновременно препаратов для лечения гипертонии (диуретик) ишемической болезни сердца (статины), сахарного диабета 2 типа (метформин) и сопутствующих заболеваний (простагландины при глаукоме). Кроме того, есть вероятность несовместимости препаратов.

Выводы. Полипрагмазия у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) повышает риск нежелательных лекарственных реакций, что приводит к увеличению смертности. Помимо того, в связи с наличием сопутствующих патологий, следует очень внимательно подходить к подбору лекарственных средств. Для снижения риска смертности следует обеспечить комплексный подход к коррекции полипрагмазии и пересмотр подходов к назначению терапии с учетом возрастных изменений и полиморбидности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОЛИМОРБИДНОСТИ. ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Якименко З.Е.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

Актуальность. Изучение артериальной гипертензии обусловлена ее ролью как модели для исследования взаимосвязи между физическим и психическим здоровьем, поскольку эта взаимосвязь носит двунаправленный и патогенетически обоснованный характер. Тревожные и депрессивные состояния негативно влияют на течение соматических заболеваний, снижая приверженность терапии и оказывая воздействие на вегетативную нервную систему и гормональный баланс. Стресс, тревога и раздражение активируют симпатическую нервную систему, что влечет за собой высвобождение адреналина и норадреналина, увеличение частоты сердечных сокращений и непосредственное повышение артериального давления. Хронически повышенное артериальное давление повреждает мелкие сосуды головного мозга, приводя к микроангиопатии. Это свидетельствует о переходе медицинской парадигмы от узкоспециализированного подхода к психосоциальной модели, где психологическое благополучие является неотъемлемой частью общего здоровья и важным фактором успешного лечения заболеваний.

Цель. Оценить влияние психологического состояния на течение и исходы артериальной гипертензии в структуре полиморбидности.

Задачи исследования.

1. Проанализировать психологические реакции личности, влияющие на пациентов с артериальной гипертензией.
2. Сравнить психологические состояния пациентов с артериальной гипертензией и пациентов без артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Психодиагностическим методом были изучены психологические реакции пациентов с артериальной гипертензией. Были рассмотрены результаты исследований пациентов с гипертонической гипертензией, уровень тревоги и депрессия были выявлены по шкале HADS. Также были установлены прямые корреляционные зависимости, подтверждающие, что длительность артериальной гипертензии является значимым фактором ухудшения психологического здоровья.

Результаты. Исследования показывают, что пациенты с гипертонической болезнью имеют высокий уровень тревоги и депрессии, который определялся с использованием шкалы HADS, где уровень тревоги был выявлен у 68,7% пациентов, а депрессии – у 45%. В группе пациентов, которые не имеют артериальную гипертензию эти показатели были ниже: 22,5% и 15%. Выявлены статистически значимые прямые корреляционные связи средней силы между: количеством сопутствующих заболеваний и уровнем тревоги ($r = 0,52$) и пациентами с артериальной гипертензией и выраженной депрессией ($r = 0,48$). Согласно исследованиям, приведенным в статье, по сравнению с пациентами, не страдающими артериальной гипертензией, у больных с артериальной

гипертензией в разы тяжелее течение болезни, выше уровень смертности из-за психологических реакций.

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают, что у пациентов с артериальной гипертензией и полиморбидностью отмечается статистически значимо более высокий уровень психоэмоционального дискомфорта по сравнению с пациентами без артериальной гипертензии и с меньшим числом хронических заболеваний. Это проявляется в высокой распространенности тревожных и депрессивных симптомов, а также в значительном снижении психологического компонента качества жизни. Полученные данные подтверждают необходимость включения психологической диагностики и помощи в стандартный протокол ведения полиморбидных пациентов с артериальной гипертензией, а также внедрение скрининга тревоги и депрессии и использование психокоррекционных программ, направленных на улучшение психологического состояния пациентов, контроля артериального давления и повышения приверженности терапии.

СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА ХОБЛ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Назарова А.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: a.nazarova710@mail.ru

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – широко распространенные коморбидные заболевания. Их сочетание, известное как синдром перекреста (overlap), ассоциировано с более тяжелым течением, частыми госпитализациями и высоким уровнем смертности. Основная проблема – схожесть клинической картины (одышка, снижение толерантности к физической нагрузке), что создает значительные трудности для дифференциальной диагностики и оптимального ведения таких пациентов.

Цель. Оптимизировать диагностику и тактику ведения пациентов с синдромом перекреста ХОБЛ и ХСН на основе комплексного клиничко-инструментального обследования.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое наблюдательное исследование, в которое включено 78 пациентов с верифицированными диагнозами ХОБЛ и ХСН (средний возраст $68,5 \pm 7,2$ года). Всем пациентам, помимо стандартного клинического обследования, проводились спирометрия с бронходилатационным тестом, эхокардиография (ЭхоКГ) с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), определение уровня натрийуретического пептида (NT-proBNP) в плазме крови.

Результаты. У 45 (57,7%) пациентов была диагностирована ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСНсФВ), у 33 (42,3%) – ХСН со сниженной ФВ ЛЖ (ХСНнФВ). У пациентов с ХСНнФВ отмечались статистически значимо более высокие уровни NT-proBNP ($p < 0,01$) по сравнению с группой ХСНсФВ. При этом выраженность бронхиальной обструкции (ОФВ1/ФЖЕЛ) не имела достоверных различий между группами. Наиболее информативными для установления ведущего клинически значимого компонента (кардиального или пульмонологического) в структуре синдрома перекреста являлись комплексная оценка данных ЭхоКГ и уровня NT-proBNP. На основании этого разработан алгоритм дифференциальной диагностики.

Выводы.

1. Комплексное использование ЭхоКГ и определения NT-proBNP является ключевым для дифференциальной диагностики и определения доминирующего компонента у пациентов с синдромом перекреста ХОБЛ-ХСН.
2. Тактика ведения должна быть индивидуализированной: у пациентов с доминированием ХСНнФВ необходима агрессивная кардиотропная терапия, в то время как при ХСНсФВ и выраженной бронхиальной обструкции на первый план выходит ингаляционная терапия ХОБЛ.
3. Применение предложенного диагностического алгоритма позволяет оптимизировать лечение и, вероятно, улучшить прогноз у данной категории больных.

Список литературы:

1. GOLD 2023 Report. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
2. McMurray J.J.V., et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-3726.
3. Hawkins N.M., et al. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: diagnostic pitfalls and epidemiology. *Eur J Heart Fail*. 2009;11(2):130-9.

АНЕМИЯ КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР СМЕРТНОСТИ И ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мезенцева Д.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: mezentsevadiana@yandex.ru

Актуальность. На данный момент сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются лидерами не только по распространенности во всем мире, но и по количеству смертности от данной патологии. Заболеваемость ССЗ увеличивается с возрастом и встречается у населения старше 75 лет чаще, чем в 50% случаях. В силу возрастных изменений, пожилые пациенты склонны к полиморбидности. Анемический синдром является одним из усугубляющих факторов ССЗ, особенно в случае дефицита железа. Стоит заметить, что анемия часто встречается у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), что показывает взаимосвязь двух патологий.

Цели. Оценить влияние анемии на клиническое течение и прогноз полиморбидных пациентов с ХСН. Выявить влияния анемии на частоту госпитализации и смерти у полиморбидных пациентов с различными функциональными классами ХСН.

Материалы и методы. Обратившись к данным результатов исследования PRAISE, RENAISSANCE, а также опубликованному в 2009 году метаанализу 20 клинических исследований могу сделать выводы по вопросам исследования. Ключевым утверждением, говорящем о независимости ФК ХСН, я приведу цитату из исследования RENAISSANCE «в многофакторном анализе анемия была значимым независимым предиктором от ХСН при любой ее тяжести». Представленные данные исследований однозначно указывают, что риск смертности, ассоциированный с анемией, является независимым от ФК ХСН. То есть наличие анемии увеличивает риск смерти как у пациентов с менее выраженной, так и с тяжелой сердечной недостаточностью. Хотя метаанализ отмечает, что пациенты с анемией чаще имеют более высокие ФК (III–IV), это говорит скорее о том, что анемия усугубляет тяжесть самой ХСН, а не о том, что ее влияние на смертность зависит от уже существующего ФК. Данные исследования RENAISSANCE четко демонстрируют, что анемия является значимым и независимым предиктором увеличения частоты госпитализаций по поводу сердечной недостаточности. Каждое снижение уровня гемоглобина ведет к статистически значимому росту риска госпитализаций, причем этот эффект также не зависит от исходной тяжести ФК ХСН.

Выводы. Анемия является серьезным и независимым фактором, значительно ухудшающим прогноз у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Она ассоциирована с повышенным риском смертности и увеличением частоты госпитализаций, при этом ее влияние не зависит от возраста, пола и функционального класса ХСН.

Список литературы:

1. Эттингер О.А., Ускова О.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И. «Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: роль дефицита железа и его коррекция». Журнал Consilium Medicum № 5 , т. 13. М.: РГМУ, Москва.
2. Гороховская Г.Н., Мартынов А.И., Петина М.М. «Современный взгляд терапевта на проблему железодефицитной анемии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией».

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА, ГИПЕРТОНΙΑ И ОЖИРЕНИЕ КАК ПОЛИМОРБИДНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Горбунова Я.А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. Сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертония и ожирение представляют собой серьезные и широко распространенные медицинские проблемы, которые часто встречаются совместно в рамках полиморбидного состояния. Такое сочетание патологий значительно ухудшает качество жизни пациентов, повышает риск развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений и существенно усложняет выбор и эффективность терапии. Совместное течение этих патологий формирует полиморбидный синдром, основанный на общих патогенетических механизмах, таких как инсулинорезистентность, хроническое системное воспаление, эндотелиальная дисфункция, а также активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Цель исследования. Проанализировать взаимосвязь СД2 и АГ как единого полиморбидного состояния, выявить патогенетические механизмы, клинические проявления и современные методы терапии.

Патогенез полиморбидности. Инсулинорезистентность является ключевым фактором, нарушающим углеводный и липидный обмен, и способствует развитию всех трех заболеваний одновременно. Висцеральное ожирение усиливает воспалительный ответ за счет продукции провоспалительных цитокинов, что ухудшает метаболический профиль. Активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при ожирении приводит к вазоконстрикции и задержке натрия, способствуя развитию АГ. Она, в свою очередь, повреждает сосудистую стенку, ускоряя развитие атеросклероза, осложнений диабета и ухудшая прогноз пациентов.

Клинические особенности. Ухудшается контроль гликемии, повышается вероятность микрососудистых (ретинопатия, нефропатия) и макрососудистых осложнений (инфаркт, инсульт, хроническая почечная недостаточность).

У пациентов с ожирением чаще развиваются резистентная гипертония и плохо компенсируемый сахарный диабет, что снижает эффективность стандартных методов лечения и увеличивает риск летального исхода.

Современные подходы к терапии. Коррекция ожирения – низкокалорийная диета, регулярная физическая активность, фармакотерапия с учетом сопутствующих заболеваний; в тяжелых случаях – бариатрическая операция. Антигипертензивная терапия должна включать препараты, воздействующие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (ингибиторы АПФ, сартаны). Контроль гликемии достигается с помощью современных антидиабетических средств, включая метформин, ингибиторы SGLT2 и агонисты рецепторов GLP-1.

Выводы. СД2, АГ и ожирение образуют сложный полиморбидный комплекс с общими патогенетическими механизмами, что требует комплексного и индивидуального подхода к лечению. Эффективная терапия основывается на сочетании изменений образа жизни, фармакологического воздействия, контроле факторов риска и профилактике осложнений.

Список литературы:

1. Гришина Т.Ю., Иванов С.В. Полиморбидность сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии у пациентов с ожирением. Журнал эндокринологии. 2022.
2. Кожевников А.Н. Влияние ожирения на течение сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии. Российский журнал терапии. 2021.
3. Ильин Е.П., Литвинова Н.В. Гипертония и сахарный диабет 2 типа: подходы к терапии у пациентов с ожирением. Кардиология сегодня. 2020.
4. Положение Всероссийского общества кардиологов по ведению пациентов с СД 2 типа и артериальной гипертензией. 2023.
5. Экспертные рекомендации Российского диабетологического сообщества по лечению ожирения и сахарного диабета 2 типа. Медицинский вестник России. 2022.

ПРОБЛЕМА ПОЛИПРАГМАЗИИ У ПОЛИМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Зайцева А.С.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: azayceva2005@gmail.com

Введение. Все больше пожилых людей страдает рядом хронических заболеваний. Возрастная деградация тканей, органов и систем приводит к развитию полиорганных патологий. Процент сочетания двух и более заболеваний с возрастом увеличивается, и в период от 80 лет и старше достигает 80%, когда в юношеском возрасте (14 – 20 лет) составляет всего лишь 10%. В связи с чем люди пожилого возраста, имеющие ряд хронических заболеваний, вынуждены получать большое количество лекарственных средств. Полипрагмазия является распространенной клинической проблемой у пожилых людей.

Термин «полипрагмазия» в медицинской литературе имеет не одно значение. В отечественных источниках под понятием полипрагмазия подразумевается одновременное назначение большого количества лекарств (принято считать 5 и более), в том числе необоснованно. В медицинском словаре полипрагмазия – это смешивание множества лекарственных средств в одном рецепте, или же использование множества лекарственных средств для лечения одного или нескольких заболеваний. Полиморбидность является основной причиной одновременного назначения множества лекарственных средств.

Основная часть. Полиморбидность в сочетании с пожилым возрастом часто приводит к расстройствам питания. В то время как сопряженная вместе с этим полипрагмазия может приводить к ухудшению состояния больного, поскольку фармакотерапия сама по себе сопровождается диспепсией и снижением аппетита. Эти побочные эффекты часто усугубляют существующую недостаточность питания у пожилых людей. Дефицит питательных веществ, в свою очередь, тормозит работу ферментов, которые отвечают за метаболизм лекарств, что может привести к их неэффективности, а вследствие увеличения дозы или дополнительного назначения лекарственных средств. Таким образом формируется порочный круг между полиморбидностью, недостаточностью питания и полипрагмазией. Важно помнить и про то, что пожилые люди более склонны к возникновению нежелательных лекарственных реакций при полипрагмазии, так как в процессе старения снижается выработка ферментов печени, скорость клубочковой фильтрации и сам почечный резерв, замедляется передача нервных импульсов и десенсибилизация рецепторов. Эти факторы приводят к изменениям фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных средств, значительно повышая частоту нежелательных лекарственных реакций.

Заключение. Часто полиморбидность заставляет пациентов наблюдаться у нескольких узкоспециализированных врачей. И в данном случае назначение несовместимых препаратов может быть связано с отсутствием знаний и клинического опыта

в терапии заболеваний, выходящих за рамки специализации врача. Из этого следует что между врачами полиморбидного пациента должна существовать тесная коммуникация в принятии решения о назначении лекарственных средств. Также следует тщательно оценивать необходимость назначения дополнительных лекарств и возможность лечения пациента при минимальном количестве препаратов или использование комбинированных лекарственных средств.

Список литературы:

1. https://www.omet-endojournals.ru/jour/article/view/12987?locale=ru_RU
2. <https://www.mediasphera.ru/issues/terapevticheskij-arktiv/2016/12/1004036602016121094>
3. <https://medach.pro/post/2903>

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ И ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА

Рабаданов Г.Р.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: pnehtin@yandex.ru

Введение. Сахарный диабет первого типа – аутоиммунное заболевание эндокринной системы, при котором иммунные клетки ошибочно атакуют поджелудочную железу. В результате снижается выработка инсулина, который влияет на уровень глюкозы в крови. Уменьшение выработки инсулина ведет к гипергликемии.

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – хроническое воспалительное заболевание щитовидной железы, вызванное аутоиммунной реакцией. В этом случае иммунная система организма ошибочно атакует клетки щитовидной железы, что приводит к их повреждению и снижению выработки гормонов щитовидной железы, таких как тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3). Это может привести к гипотиреозу, состоянию, при котором уровень гормонов щитовидной железы в крови снижается, что вызывает замедление обмена веществ и другие симптомы.

Цель исследования. Выявить вероятность развития атеросклероза у больных сахарным диабетом первого типа и аутоиммунным тиреоидитом.

Материалы и методы. Была проведена оценка толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий как маркер атеросклероза и функцию эндотелия у пациентов с гипотиреозом. В исследование было включено 70 женщин с гипотиреозом: 40 пациентов с явным и 30 пациентов с субклиническим гипотиреозом. В качестве контрольной группы были также включены 40 пациентов с нормальной функцией щитовидной железы, подобранных по возрасту и полу. Функцию эндотелия оценивали путем измерения процента изменения кровотока после тепловой вазодилатации с помощью лазерной доплеровской флоуметрии. Недавние исследования на мышах с дефицитом рецепторов ЛПНП, у которых наблюдается гипергликемия, но нет выраженной дислипидемии по сравнению с контрольной группой без диабета.

Результаты. ТКИМ была значительно выше у пациентов с явным и субклиническим гипотиреозом по сравнению с контрольной группой ($0,7 \pm 0,2$ и $0,6 \pm 0,2$ мм соответственно против $0,45 \pm 0,07$ мм, $P < 0,001$ для обоих случаев). Процент изменения кровотока после тепловой вазодилатации был значительно снижен у пациентов с явным и субклиническим гипотиреозом по сравнению с контрольной группой (328 ± 17 и $545 \pm 406\%$ соответственно против $898 \pm 195\%$, $P < 0,001$ для обоих случаев). Нарушение было более выраженным при явном гипотиреозе, чем при субклиническом ($P = 0,014$). СИМТ отрицательно коррелировала с процентом изменения кровотока после тепловой вазодилатации у пациентов с явным и субклиническим гипотиреозом ($P < 0,001$ для обоих случаев). Был сделан вывод, что ТКИМ значительно выше у пациентов с явным и субклиническим гипотиреозом по сравнению с контрольной группой. Нарушение функции эндотелия является фактором, способствующим повышению риска атеросклероза в обеих группах пациентов.

Исследования на мышах показывают, что диабет связан с ускоренным формированием атеросклеротических поражений, аналогично тому, что наблюдается у мышей без диабета, получающих жирную пищу. Эти эффекты диабета маскируются у мышей с тяжелой дислипидемией, что позволяет предположить, что влияние глюкозы и липидов на инициацию поражения может быть опосредовано схожими механизмами. Недавние данные, полученные на изолированных эндотелиальных клетках, показывают, что глюкоза и липиды могут вызывать эндотелиальную дисфункцию посредством схожих внутриклеточных механизмов. Аналогичные эффекты глюкозы и липидов наблюдаются также в макрофагах. Более того, глюкоза оказывает многие из своих клеточных эффектов через липидные медиаторы. Есть предположение, что диабет без сопутствующей дислипидемии ускоряет атеросклероз посредством механизмов, которые также могут быть активированы гиперлипидемией.

Вывод. На основании приведенных выше исследований можно сделать вывод, что пациенты с диабетом 1 типа и аутоиммунным тиреоидитом имеют большую вероятность развития атеросклероза на фоне этих хронических заболеваний. Ранее выявление признаков сахарного диабета первого типа и АИТ способствует снижению развития атеросклероза.

Список научной литературы:

1. МакДермотт Майкл Т. “Секреты эндокринологии”. Пер. с англ. под ред. профессора В.И. Кандора. М.: Бином, 2025.
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30352390/>
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17395883/>

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Абилов Фахмин Панах оглы.

Лечебное дело, 3 курс ФГБОУ «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: fahminabilov7@gmail.com

Введение. Ишемическая болезнь (ИБС) и сахарный диабет 2 типа на сегодняшний день являются одними из основных медико-социальных проблем современности и оказывают значительное влияние на показатели смертности и инвалидизации населения. Совместное течение этих патологий часто приводят к тяжелым формам поражения сердечно-сосудистой системы, в результате чего происходит сильное снижение качества жизни, а также к увеличению риска летального исхода.

Цель. Выявить характерные черты течения ИБС у пациентов, которые страдают сахарным диабетом 2 типа и определить у них факторы, способствующие более тяжелому течению заболевания.

Задачи. 1. Определить частоту встречаемости ИБС у больных сахарным диабетом второго типа. 2. Провести анализ зависимости уровня гликемического контроля и тяжести кардиологического проявления. 3. Разработать рекомендации по ведению пациентов с сочетанной патологией.

Методы исследования. 1. Опросы и сборы анамнеза. 2. Электрокардиограмма. 3. Биохимический анализ крови. 4. Определение уровня глюкозы натощак.

Результаты исследования. 1. У больных СД2 ишемическая болезнь сердца чаще всего проявлялась общей слабостью, одышкой при нагрузке и повышенной утомляемостью. 2. Фиксировались скрытые формы стенокардии без выраженного болевого синдрома. Больные с хорошо контролируемым уровнем сахара в крови демонстрировали более стабильное течение ИБС и меньшую частоту госпитализаций.

Выводы. 1. Сахарный диабет 2 типа оказывает существенное влияние на клиническое течение ИБС и повышает риск осложнений. 2. Больным необходим регулярный мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы даже при отсутствии явной симптоматики.

Список литературы:

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа: Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 464 с.
2. Беленков Ю.Н., Напалков Д.А. Ишемическая болезнь сердца: современные подходы к диагностике и лечению. // *Кардиология*. – 2021. – Т. 61, № 2. – С. 5–12.
3. American Diabetes Association. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes–2023. // *Diabetes Care*. – 2023. – Vol. 46, Suppl 1. – P. S158–S190.
4. Fox C.S. et al. Update on prevention of cardiovascular disease in adults with type 2 diabetes mellitus. // *Circulation*. – 2022. – Vol. 145, No. 11. – P. e722–e759.
5. Zinman B. et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. // *New England Journal of Medicine*. – 2015. – Vol. 373. – P. 2117–212

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ФОРМИРОВАНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Семдянкина Ю.Д.

*Лечебное дело, 3 курс, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ,
Москва, Россия*

E-mail: yuliana.sem@mail.ru

Актуальность. Метаболический синдром (МС) является одним из наиболее распространенных клинико-метаболических состояний, включающим инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, артериальную гипертензию и дислипидемию. Он играет ключевую роль в развитии хронических неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые и гастроэнтерологические патологии. Особое внимание уделяется взаимосвязи МС с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), так как висцеральное ожирение и нарушение вегетативной регуляции способствуют повышению внутрибрюшного давления, ослаблению нижнего пищеводного сфинктера и прогрессированию симптомов рефлюкса. Сочетание артериальной гипертензии и ГЭРБ у пациентов с МС формирует сложный клинический фенотип, требующий индивидуализированного подхода к диагностике и терапии.

Цель исследования. Оценить роль метаболического синдрома в формировании сочетанной патологии артериальной гипертензии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а также определить клинико-метаболические особенности таких пациентов.

Задачи исследования.

1. Изучить частоту сочетания АГ и ГЭРБ у пациентов с метаболическим синдромом.
2. Оценить связь компонентов МС (ожирение, дислипидемия, инсулинорезистентность) с выраженностью симптомов ГЭРБ.
3. Проанализировать влияние метаболических нарушений на течение артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Проведено проспективное обследование. Участники: 80 пациентов (средний возраст – $54,2 \pm 8,6$ лет) с диагностированным метаболическим синдромом. Оценивались клинические данные, антропометрические показатели, биохимические параметры (глюкоза, липидный профиль, уровень инсулина), суточное мониторирование артериального давления. Диагноз ГЭРБ подтверждался данными эзофагогастродуоденоскопии и опросником FSSG. Статистическая обработка данных проводилась с использованием корреляционного анализа.

Результаты. Сочетание АГ и ГЭРБ выявлено у 61% обследованных пациентов с метаболическим синдромом. У больных с выраженным абдоминальным ожирением ($\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$) частота ГЭРБ составила 72%, тогда как при нормальном весе – лишь 34 %. Уровень триглицеридов и индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR) положительно коррелировали с тяжестью симптомов рефлюкса ($r = 0,42$ и $r = 0,47$ соответственно, $p < 0,05$). Отмечено повышение среднесуточного систолического АД

у пациентов с сочетанной патологией по сравнению с пациентами без ГЭРБ ($148,6 \pm 11,3$ против $139,2 \pm 10,1$ мм рт. ст.; $p < 0,05$). Выраженность рефлюксных проявлений ассоциировалась с длительностью АГ и степенью ожирения.

Вывод. Метаболический синдром способствует развитию и утяжелению сочетанной патологии – артериальной гипертензии и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Наиболее значимыми факторами риска являются висцеральное ожирение, дислипидемия и инсулинорезистентность. Учитывая высокий уровень коморбидности, таким пациентам показано проведение комплексных профилактических мероприятий, направленных на коррекцию метаболических нарушений, модификацию образа жизни и оптимизацию фармакотерапии. Раннее выявление признаков МС у больных с ГЭРБ и АГ может улучшить прогноз и повысить эффективность лечения.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ В КАРДИОЛОГИИ

Булюкина С.Р.

Лечебное дело, 3 курс, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ,
Москва, Россия

E-mail: bsr300905@yandex.ru

Актуальность.

Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью депрессивного расстройства среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность). Последние исследования подтверждают, что назначение антидепрессантов при ИБС улучшает состояние пациента и его выживаемость.

Цель исследования.

Определение безопасности и эффективности применения различных классов антидепрессантов в клинической кардиологии.

Задачи исследования.

1. Проанализировать взаимосвязь депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).
2. Рассмотреть особенности, показания и противопоказания разных классов антидепрессантов.
3. Оценить влияние антидепрессантов на жизненно важные показатели сердечно-сосудистой системы.
4. Составление рекомендаций по применению.

Методы исследования.

Анализ литературных источников и клинических рекомендаций. Систематизация и обобщение полученной информации.

Результаты. Селективные ингибиторы нейронального захвата серотонина являются наиболее безопасными и эффективными для лечения депрессий у кардиологических больных.

Применение антидепрессантов пациентами с ССЗ способствует не только улучшению психологического, но и положительно влияет на прогноз основного кардиологического заболевания.

Выводы.

Назначение антидепрессантов пациентам с ССЗ требует тщательного подбора дозы и контроля за состоянием сердечно-сосудистой системы.

Список литературы:

<https://cyberleninka.ru/article/n/antidepressanty-v-kardiologii/viewer>

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ: КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ

Радзиевская О.А.

Лечебное дело, 3 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: olgaradzzzz2705@mail.ru

Актуальность.

Актуальность проблемы определяется распространенностью инфаркта миокарда (ИМ) и ВИЧ-инфекции в России. В 2022 году от инфаркта миокарда умерло около 50,2 тыс. человек, в то время как в 2021 году эта цифра составила 55,8 тыс. Динамика смертности от инфаркта миокарда на 2021 год составила 38,27 случаев на 100 тыс. населения. Что касается количества ВИЧ-инфицированных, по состоянию на 31 декабря 2024 года в России проживало 1,2 млн человек с лабораторно подтвержденным диагнозом. При этом среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, инфаркт миокарда встречается в 1,5–2 раза чаще в сравнении с людьми без ВИЧ.

Цель.

Представить клиническую характеристику инфаркта миокарда у ВИЧ-инфицированных и провести сравнение между двумя группами больных с инфарктом миокарда (инфицированных и неинфицированных ВИЧ).

Методы исследования.

Ретроспективный анализ 5990 пациентов с острым ИМ, среди них – 38 пациентов с ВИЧ-инфекцией. Также создана контрольная группа пациентов с ИМ без ВИЧ-инфекции из 114 человек. В группах сравнивали результаты лабораторных исследований (результаты электрокардиографии (ЭКГ), уровни общего холестерина (ХС) и его фракций, сердечного тропонина, высокочувствительного С-белка, глюкозы в крови и т.д.) и клинико-демографическую характеристику участников исследования (пол, возраст, индекс массы тела, курение, наличие артериальной гипертензии и сахарного диабета).

Результаты.

ВИЧ-инфицированные пациенты с ИМ, в отличие от ВИЧ-негативных пациентов, моложе (47 лет, у ВИЧ-негативных – 63 года) и с более низким индексом массы тела (23,9 и 27,7 кг/м² соответственно). У ВИЧ-инфицированных меньше уровень общего ХС (4,6 и 5,1 ммоль/л), глюкозы (5,8 и 7,1 ммоль/л), сердечного тропонина (8,0 и 4,1 пг/мл), высокочувствительного С-белка (5,6 и 24,9 мг/л). В группе ВИЧ-инфицированных чаще встречались передний ИМ (71,1% и 41,2%), поражение передней нисходящей артерии (70,4% и 43%), систолическая дисфункция левого желудочка (36,8% и 20,2%), анемия (34,2% и 7,1%), реже – ожирение (7,9% и 31,6%).

Вывод.

У ВИЧ-инфицированных с ИМ, в сравнении с неинфицированными, более низкий индекс массы тела, меньше уровень общего ХС, глюкозы, высокочувствительного С-реактивного белка, сердечного тропонина в крови. Чаще встречались передний ИМ,

поражение передней нисходящей артерии, систолическая дисфункция левого желудочка, анемия и другие сердечно-сосудистые заболевания. При этом пациенты с ВИЧ-инфекцией более молодого возраста и имели меньше традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ожирение, курение, малоподвижный образ жизни и т.д.), что предполагает ВИЧ-инфекцию как дополнительный фактор риска развития инфаркта миокарда.

Список литературы:

1. file:///C:/Users/613/Downloads/dinamika-smertnosti-ot-infarkta-miokarda-v-rossiyskoy-federatsii-severo-zapadnom-federalnom-okruge-i-kaliningradskoy-oblasti-za-10-letniy-period-s-2012-po-2021-g-g.pdf
2. file:///C:/Users/613/Downloads/klinicheskaya-harakteristika-infarkta-miokarda-u-vich-infitsirovannyh-rezultaty-mnogotsentrovogo-retrospektivnogo-issledovaniya.pdf
3. <https://zdravresource.ru/news/ohvat-mediczinskoj-pomoshhyu-i-antiretrovirusnoj-terapij-licz-inficzirovannyh-vich-v-rossii-v-2024-godu/>

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ПОЛИМОРБИДНОСТЬ КАК ВАЖНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИИ

Идигова С.В.

*Лечебное дело, 3 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ,
Москва, Россия*

E-mail: s.idigova@bk.ru

Актуальность. В условиях роста распространенности полиморбидности, особенно кардиометаболической, необходимость назначения безопасных и эффективных лекарственных средств становится первостепенной задачей. Стандартные подходы к терапии одной нозологии оказываются недостаточными, что требует комплексной оценки профиля препаратов.

Цель. Оценить терапевтическую ценность индапамида в составе комбинированной схемы лечения артериальной гипертензии у пациента с ожирением и дислипидемией.

Задачи.

1. Раскрыть принципы безопасного медикаментозного вмешательства при наличии множественной сопутствующей патологии.
2. Разобрать клинический пример применения комбинированной антигипертензивной схемы.
3. Проанализировать органозащитные и метаболические характеристики индапамида.

Материалы и методы. Использован анализ клинического случая мужчины 52 лет с гипертензией, повышенным ИМТ, дислипидемией. Проведено сопоставление динамики показателей АД, лабораторных данных и инструментальных параметров до и после применения комбинации валсартана, индапамида и розувастатина. Оценка основана на отечественных клинических рекомендациях и результатах актуальных исследований.

Результаты. Назначение комбинированной терапии обеспечило достижение целевых уровней АД, улучшение общего состояния, отсутствие выраженных побочных реакций. Индапамид проявил нейтральное влияние на углеводный и липидный обмен, а также способствовал снижению гипертрофии миокарда и альбуминурии, повышая общий уровень переносимости лечения.

Выводы. При ведении пациентов с артериальной гипертензией и множественными сопутствующими нарушениями важен индивидуальный подход с учетом не только эффективности, но и органопротективных свойств препарата. Индапамид демонстрирует благоприятный профиль безопасности и может использоваться как важный компонент в рамках мультимодальной терапии у коморбидных больных.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ

Савяк А.О.

Лечебное дело 3 курс, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: alexeisavyak@yandex.ru

Введение. В современной клинической практике все чаще доминируют пациенты с полиморбидностью – наличием двух и более хронических заболеваний. Сочетание сердечно-сосудистой патологии с другими состояниями стало правилом, а не исключением. Это создает серьезные диагностические и терапевтические трудности, поскольку течение заболеваний взаимно отягощается, а применение стандартных рекомендаций, ориентированных на одну болезнь, часто оказывается неэффективным или даже опасным.

Цель. Целью доклада является комплексный анализ проблем, связанных с ведением пациентов с полиморбидностью в кардиологии, и обзор современных стратегий диагностики, лечения и профилактики для данной категории больных.

Задачи.

1. Оценить эпидемиологическую распространенность ключевых коморбидных кластеров у кардиологических пациентов.
2. Проанализировать влияние полиморбидности на ближайшие и отдаленные клинические исходы (смертность, госпитализации, качество жизни).
3. Сформулировать принципы индивидуализации лечения и приоритизации терапевтических целей у пациентов с полиморбидностью.

Методы исследований. Для подготовки доклада был проведен систематический анализ данных современных клинических рекомендаций (ESC, ACC/AHA), результатов рандомизированных клинических исследований, данных национальных и международных регистров, а также обзоров метаанализов, посвященных проблеме полиморбидности.

Результаты исследования.

1. Установлено, что более 70% пациентов с ХСН и 80% пациентов с фибрилляцией предсердий имеют ≥ 3 сопутствующих хронических заболеваний. Наиболее распространенными и клинически значимыми кластерами являются связки «ИБС + СД 2 типа + ХБП» и «АГ + ФП + ожирение».
2. Полиморбидность ассоциирована с увеличением риска общей смертности на 40–60%, риска госпитализаций по любой причине в 3–5 раз, а также со значительным снижением качества жизни и функционального статуса.

Эффективные подходы. Показано, что внедрение гериатрического подхода, применение инструментов стратификации риска (например, индекса CIRS) и работа мультидисциплинарной команды (кардиолог, терапевт, эндокринолог, клинический фармаколог) позволяют улучшить клинические исходы и сократить количество необоснованных назначений.

Выводы. Полиморбидность является ключевым фактором, определяющим прогноз, качество жизни и стоимость медицинской помощи в кардиологии. Установлено, что стандартизированные протоколы лечения требуют значительной индивидуализации с учетом взаимодействия сопутствующих заболеваний и риска полипрагмазии. Наиболее эффективной стратегией ведения таких пациентов признан персонализированный, мультидисциплинарный подход, ориентированный не на изолированную болезнь, а на пациента в целом, с приоритетом улучшения функционального статуса и качества жизни.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ

Загидова П.А.

Ассистент Левченко О.Б.

Лечебное дело 3 курс, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: zagidova2005@mail.ru

Введение. Полиморбидность (наличие двух и более хронических заболеваний) – актуальная проблема здравоохранения. Ее распространенность достигает 37% в общей популяции и 51% среди лиц старше 60 лет. В кардиологии сочетание сердечно-сосудистых патологий с другими заболеваниями усложняет диагностику и лечение, делая стандартные подходы неэффективными.

Цель. Изучить структуру полиморбидности у амбулаторных пациентов с ХСН старше 60 лет, включая распространенность гериатрических синдромов. Особое внимание уделяется связи полиморбидности с неблагоприятными исходами ХСН: госпитализациями, прогрессированием функционального класса, снижением качества жизни и увеличением смертности. Результаты позволят улучшить стратификацию риска и оптимизировать тактику ведения пациентов.

Задачи.

1. Оценить распространенность основных коморбидных состояний у пациентов с ХСН и в группе сравнения, а также их взаимосвязь с некоторыми клинико-демографическими показателями.
2. Описать клинико-демографические характеристики пациентов с ХСН и группы сравнения, включая сопутствующие заболевания, функциональный класс ХСН и физикальные признаки. • Сравнить частоту отдельных коморбидных состояний между пациентами с ХСН и группой сравнения, а также оценить различия в частоте этих состояний в зависимости от фракции выброса (ФВ) левого желудочка.

Методы исследования. Анализ литературы и регистров о распространенности коморбидности при ХСН. Описательная статистика клинико-демографических показателей.

Сравнительный анализ структуры коморбидности:

- между группой ХСН и контрольной группой;
- в зависимости от ФВ ЛЖ (сниженная/сохраненная) с использованием критерия хи-квадрат и расчета отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом.

Результаты исследования. Клинико-демографические характеристики пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и группы сравнения были сопоставимы. Основной причиной ХСН была ишемическая болезнь сердца (ИБС) (79%). Большинство пациентов с ХСН имели II и III функциональный класс (ФК) по NYHA. Физикальные признаки, такие как отеки, пастозность, увеличение печени, одышка и хрипы, наблюдались у части пациентов с ХСН. Сопутствующие заболевания отмечались практически у всех пациентов обеих групп, однако при ХСН чаще встречалась комбинация из трех и более заболеваний ($p=0,008$), включая хроническую болезнь

почек (ХБП) и ожирение. Ожирение чаще наблюдалось при сохраненной фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) ($p = 0,002$). Частота сопутствующих заболеваний была сопоставимой у пожилых и старческих пациентов с ХСН.

Выводы. Исследование подтвердило высокую значимость полиморбидности у пациентов с ХСН старше 60 лет. У них выявлена более сложная структура коморбидности по сравнению с контрольной группой, с преобладанием сочетаний трех и более заболеваний. Ключевыми ассоциированными патологиями являются хроническая болезнь почек и ожирение, которое четко связано с ХСН с сохраненной фракцией выброса. Полученные данные демонстрируют, что специфические коморбидные паттерны служат маркерами риска неблагоприятного течения ХСН. Это обосновывает необходимость интеграции комплексной оценки коморбидного статуса в клиническую практику для улучшения стратификации риска, оптимизации лечения и разработки персонализированных стратегий ведения пациентов.

ПОЛИМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Рамазанова А.Н.

*Лечебное дело, 3 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ,
Москва, Россия*

Актуальность. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) представляет одну из наиболее клинически значимых комбинаций в кардиологической практике. Актуальность проблемы обусловлена синергичным негативным влиянием этих заболеваний на прогноз пациента, формированием «порочного круга» патологических изменений и сложностями ведения на фоне полиморбидности с частым присоединением сахарного диабета, хронической болезни почек и метаболических нарушений.

Цель исследования.

Комплексный анализ особенностей диагностики и лечения полиморбидных пациентов с сочетанной патологией артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, оценка эффективности современных терапевтических стратегий.

Задачи исследования.

1. Провести анализ взаимного влияния патогенетических механизмов АГ и ИБС у полиморбидных пациентов.
2. Оценить эффективность современных диагностических алгоритмов при сочетанной кардиологической патологии.
3. Проанализировать результаты комплексной лекарственной терапии с учетом принципов персонализации.
4. Определить прогностические факторы течения заболевания у полиморбидных пациентов.

Материалы и методы.

Проведен проспективный анализ 120 пациентов с сочетанным диагнозом АГ и ИБС в возрасте 45–75 лет. В исследование включены пациенты с длительностью заболевания от 1 года, получающие постоянную гипотензивную и антиангинальную терапию.

Методы обследования:

1. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД).
2. Эхокардиография с оценкой систолической и диастолической функции ЛЖ.
3. Нагрузочные тесты (тредмил-тест, велоэргометрия).
4. Коронароангиография по показаниям.
5. Оценка биохимических показателей (липидный спектр, креатинин, СКФ).
6. Анализ коморбидного фона и лекарственных взаимодействий.

Результаты.

У 78% пациентов выявлена неконтролируемая АГ, несмотря на комбинированную терапию. Показано, что наличие коморбидных состояний (сахарный диабет 2 типа – 42%, ХБП – 38%) значительно ухудшает контроль АГ и увеличивает риск

сердечно-сосудистых событий. Комбинированная терапия ингибиторами АПФ и бета-блокаторами продемонстрировала наибольшую эффективность в достижении целевых уровней АД и снижении частоты ангиальных приступов.

Выводы.

1. Ведение полиморбидных пациентов с АГ и ИБС требует интегративного подхода с учетом взаимного влияния патологий и лекарственных взаимодействий.
2. Комбинированная терапия ингибиторами АПФ/БРА и бета-блокаторами является оптимальной для большинства пациентов.
3. Необходим регулярный мониторинг функции почек и метаболических показателей на фоне терапии.
4. Персонализация лечения с учетом коморбидного фона позволяет улучшить приверженность терапии и клинические исходы.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ОТЯГОЩАЮЩИЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Докторова А.Е.

Лечебное дело, 3 курс ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ,
Москва, Россия

E-mail: na_dok@mail.ru

Актуальность. По современным данным, доля пациентов кардиологических клиник с диагностированным сахарным диабетом достигает 50%, а кардиохирургических отделений от 15% до 40%. В то же время, именно сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующее положение в структуре смертности больных диабетом. В связи с этим, проблема изучения СД как отягощающего фактора течения заболеваний ССС – требование времени.

Цель. Оценить влияние сахарного диабета на течение сердечно-сосудистых заболеваний.

Задачи.

1. Провести всесторонний анализ научной литературы по теме влияния сахарного диабета на ССС и ее патологии.
2. Изучить механизмы влияния последствий СД на патогенез ССЗ.
3. Проанализировать современные исследования, отражающие статистику осложнений ССЗ при СД.

Материалы и методы исследования. Основой для проведения исследования послужил обзор научной литературы из специализированных медицинских журналов и электронных научных библиотек.

Результаты. В рассмотренных исследованиях доказано повреждающее влияние гипергликемии при СД на эндотелиальную функцию, коагулирующие свойства крови и повышение микроваскулярной дисфункции. В то же время немаловажно и состояние гипогликемии при СД, из-за которого, предположительно, увеличивается количество катехоламинов в крови, что ведет к повреждению миокарда и развитию желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков, что негативно влияет на течение ИМ у больных СД. Проанализированные данные свидетельствуют о том, что гипогликемия провоцирует суправентрикулярную аритмию, что отяжеляет течение ИБС. Сахарный диабет ускоряет (на 8–10 лет) и усугубляет прогрессирование атеросклероза. 60–75% смертности при СД составляет смерть от коронарного АС и 10–25% от церебрального и периферического АС. Течение ССЗ, таких как АГ, ИБС, ИМ, также усугубляет инсулинорезистентность (ИР). В таких исследованиях, как ATRAMI и UK-HEART, была подчеркнута диабетическая автономная полинейропатия, которая может привести к безболезненной ишемии и повышению риска развития аритмии и нарушению суточного профиля артериального давления.

По результатам исследования San Antonio heart study у больных СД с высокими показателями сахара в крови повышался уровень смертности от ССЗ в 4,7 раза, чем

пациенты с нормальным уровнем глюкозы. По данным 37 проспективных когортных исследований, летальность от ИБС при СД – 5,4%, без СД – 1,6%. По результатам крупного исследования VILANT, пациенты с СД хуже переносили ИМ, чем пациенты без СД. СД выделялся как независимый фактор летального исхода также в исследованиях: SOLVD, RESOLVD и DIGAMI.

Выводы. Полиморбизм СД и ССЗ – актуальная и немало значимая проблема для кардиологов, кардиохирургов, терапевтов и эндокринологов. Со временем потребность в более детальном изучении влияния СД на развитие сердечно-сосудистых патологий растет. На сегодняшний момент все более актуально становится разработка безопасных и рабочих алгоритмов ведения больных ССЗ и СД.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Журавлева П.В.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия

E-mail: zhuravleva.p.v@mail.ru

Введение. Согласно международной и отечественной статистике, среди людей 65 лет и старше два из трех пациентов имеют два и более хронических заболеваний. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания выявляются у 20% лиц этой возрастной группы, причем почти половина из них страдает ишемической болезнью сердца (ИБС). С возрастом распространенность ИБС увеличивается: в 70 лет – 25%, а среди лиц 80 лет и старше – до 30%. Наличие у пациента двух и более хронических заболеваний, которые могут быть взаимосвязаны между собой и/или встречаться одновременно, называется полиморбидностью. ИБС и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в 62% являются сопутствующими заболеваниями. Полиморбидность приводит к отягощению течения имеющихся заболеваний, усложняет их диагностику и лечение, и сильно увеличивает финансовые затраты на это, что делает эту проблему актуальной.

Цель. Анализ полиморбидности как медицинской проблемы, изучение особенности течения ишемической болезни сердца и ее влияние на сопутствующие патологии в том числе ХОБЛ.

Материалы и методы. В рамках данного исследования использовались множественные статистические данные, полученные из научных статей и клинических наблюдений.

Результаты. Установлено, что ишемическая болезнь сердца относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям, сопутствующим ХОБЛ. Ряд исследований подтверждает, что ХОБЛ повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2–3 раза. По научным данным, заболевания сердечно-сосудистой системы, в особенности ИБС, являются одной из основных причин госпитализаций пациентов с ХОБЛ и одной из основных причин смерти больных с хроническим обструктивным заболеванием легких. Мы можем говорить о том, что у пациентов, страдающих и ИБС, и ХОБЛ, обнаружена высокая тенденция к росту значений спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов, что может оказывать негативное влияние на общее состояние. Общим фактором риска для обоих заболеваний является курение, что может объяснять их частое совместное развитие. ИБС часто встречается у пациентов с гастродуоденальными патологиями, что может осложнять течение болезни сердца. Оно часто атипичное, с более выраженными структурно-функциональными нарушениями, что способствует ускоренному и отягощенному течению болезни по сравнению с людьми, страдающими только одной из вышеупомянутых патологий. Немаловажно, что ИБС может осложнять течение подагры и артериальной гипертензии.

Вывод. В современной клинической практике полиморбидность – типичная ситуация, особенно среди пациентов старше 65 лет, а с каждым годом их количество увеличивается в связи со «старением» нации. А сочетание таких заболеваний, как ХОБЛ и ИБС значительно ухудшает прогноз, осложняет течение и повышает уровень летальности. Однако это далеко не единственный пример взаимного отягощения хронических заболеваний друг другом. Пациенты с полиморбидностью, требуют особого и более сложного лечения, чем пациенты, страдающие заболеванием изолированного течения.

СВЯЗЬ МЕЖДУ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МИКРОСОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕКРЕСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ТАИЛАНДЕ

Молчанов Н.Я.

Лечебное дело, 3 курс, ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» МЗ РФ,
Москва, Россия

E-mail: zorkiynik@gmail.com

Актуальность.

Современная клиническая практика все чаще сталкивается с сочетанными хроническими заболеваниями. Наиболее значимым из них является коморбидность сахарного диабета 2 типа (СД2) и артериальной гипертензии (АГ). Оба заболевания имеют общие патогенетические механизмы – инсулинорезистентность, эндотелиальную дисфункцию и хроническое воспаление. Их сочетание существенно повышает риск развития микро- и макрососудистых осложнений, ухудшая качество жизни и прогноз пациента. Актуальность данной темы обусловлена необходимостью углубленного понимания влияния гипертензии на течение диабета и поиск путей профилактики сосудистых поражений.

Цель исследования.

Оценить влияние артериальной гипертензии на частоту и выраженность микрососудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Задачи исследования.

1. Проанализировать частоту микрососудистых осложнений (ретинопатии, нефропатии и нейропатии) у больных СД2 с сопутствующей артериальной гипертензией.
2. Определить статистическую взаимосвязь между наличием гипертензии и уровнем риска сосудистых нарушений.
3. Сформулировать возможные патогенетические объяснения выявленных закономерностей.

Материалы и методы.

В основу работы положены данные национального поперечного исследования, проведенного в Таиланде, в которое вошло более 25 000 пациентов с подтвержденным СД2. Использовались методы многофакторного логистического анализа для оценки связи между гипертензией и микрососудистыми осложнениями.

Результаты.

Установлено, что наличие артериальной гипертензии достоверно увеличивает частоту микрососудистых осложнений:

- нефропатия наблюдалась почти в 2 раза чаще;
- ретинопатия – в 1,5 раза чаще;
- нейропатия – на 30–40 % чаще, чем у пациентов без гипертензии.

Анализ показывает, что сочетание СД2 и АГ формирует замкнутый патологический круг: повышенное давление усугубляет эндотелиальное повреждение, способствует гипоксии тканей и активирует воспалительные механизмы, усиливая сосудистые нарушения.

Выводы.

1. Коморбидность сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии значительно повышает риск микрососудистых осложнений.
2. Гипертензия является независимым патогенетическим фактором прогрессирования диабетической ангиопатии.
3. Контроль артериального давления необходимо рассматривать как ключевое направление профилактики ретинопатии, нефропатии и нейропатии у больных диабетом.
4. Эффективное ведение пациентов требует комплексного подхода, включающего коррекцию давления, гликемии и метаболических нарушений.

Список литературы:

1. Hurst C., Thinkhamrop B., Tran HT. The Association between Hypertension Comorbidity and Microvascular Complications in Type 2 Diabetes Patients: A Nationwide Cross-Sectional Study in Thailand. *Diabetes Metab J.* 2015 Oct;39(5):395-404. doi:10.4093/dmj.2015.39.5.395. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26566497; PMCID: PMC4641969.
2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4641969/>