

Евразийская Ассоциация Терапевтов



# ХІІІ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ

«Терапевтические аспекты  
кардиологической практики»

26 НОЯБРЯ – 27 НОЯБРЯ | ОНЛАЙН



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ



ПАРТНЕРЫ



При поддержке Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации

[www.euat.ru](http://www.euat.ru)  
[conf13.euat.ru](http://conf13.euat.ru)

ным ритмом кишечника. У пациентов с умеренной брадиэнтерией (при частоте ритма кишечника 1 раз в 2 дня) риск кардиоваскулярной смертности был повышен на 21% (по сравнению с лицами с регулярным ритмом кишечника). У пациентов с тяжелой брадиэнтерией (при частоте ритма кишечника 1 раз в 4 дня) риск сердечнососудистой смертности был повышен на 39% [Honkura K, et al, 2016]. У пациентов с наличием синдрома брадиэнтерии, принимающих слабительные средства, риск смертности от инфаркта миокарда был повышен на 56% по сравнению с пациентами без брадиэнтерии [Kubota Y. et al., 2016]. Следовательно, замедление регулярности циркадианного ритма кишечника является существенным фактором риска кардиоваскулярной смертности.

**Цель работы.** Сравнить величину риска синдрома брадиэнтерии с величиной риска ожирения у пациентов кардиологического профиля в возрастном аспекте.

**Материалы и методы.** Использован метод Хроноэнтерографии – недельный мониторинг ритма кишечника [Шемеровский К.А., 2002] – у 505 пациентов (333 женщины) в возрасте от 20 до 69 лет, наблюдавшихся в кардиологическом отделении. Анализировали частоту ритма кишечника и его акрофазу – момент самой частой реализации ритма дефекации. Диагностировали регулярный циркадианный ритм кишечника (Эуэнтерия – при частоте стула не ниже 7 раз в неделю) и нерегулярный ритм кишечника (Брадиэнтерия – при частоте стула 1-6 раз в неделю). Выявляли три стадии развития брадиэнтерии: первая стадия – при частоте стула 5-6 раз в неделю, вторая стадия – 3-4 раза в неделю, третья стадия 1-2 раза в неделю. Определяли величину риска всех трёх стадий брадиэнтерии и риска ожирения в пяти возрастных группах: первая группа – в возрасте 20-29 лет, вторая группа – 30-39 лет, третья группа – 40-49 лет, четвёртая группа – 50-59 лет и пятая группа – в возрасте 60-69 лет. Оценивали индекс массы тела по данным антропометрии, ожирение диагностировали при индексе массы тела выше 30 кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты.** Среди лиц первой возрастной группы (20-29 лет) было выявлено 26% лиц с синдромом брадиэнтерии, но не было ни одного человека с ожирением, хотя были пациенты с избытком массы тела. Во второй группе пациентов (30-39 лет) выявлено 54% лиц с брадиэн-

терией и 3% лиц с ожирением. В третьей группе пациентов (40-49 лет) обнаружено 43% лиц с брадиэнтерией и 34% лиц с ожирением. В четвёртой группе пациентов определили 42% лиц с брадиэнтерией и 33% лиц с ожирением. В пятой группе обследованных пациентов (60-69 лет) было выявлено 40% лиц с брадиэнтерией и 23% пациентов с ожирением.

#### Выводы:

1. Синдром брадиэнтерии (замедления циркадианного энтерального ритма) возникает у лиц молодого возраста (20-29 лет) значительно раньше, чем диагностируется один из главных факторов метаболического синдрома – ожирение.

2. Максимальный уровень встречаемости синдрома брадиэнтерии приходится на возраст 30-39 лет, при котором диагностируется лишь 3% лиц с ожирением.

3. Максимум диагностированного ожирения приходится на возраст от 40 до 60 лет, в этом возрасте нарушение циркадианного ритма кишечника имеет место почти у 40% пациентов.

4. Синдром брадиэнтерии у пациентов кардиологического профиля встречается раньше и чаще, чем ожирение, поэтому его можно считать одним из предикторов и индукторов ожирения.

5. Для управления сердечно-сосудистыми рисками в условиях реальной клинической практики целесообразна диагностика синдрома брадиэнтерии с помощью метода хроноэнтерографии.

**Источник финансирования:** спонсоры участия в международных симпозиумах IPSEN, Falk Foundation, Boehringer Ingelheim.

#### ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID-19

**Ермекбаева А.У., Камилова У.К.**

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

**Цель.** Оценка кардиоваскулярного риска у реконвалесцентов COVID-19.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ историй болезни 100 человек, пациентов в возрасте от 40 до 60 лет, лечившихся в РММЦ Республики Каракалпакстан. Средний возраст пациентов составил 49,84 ± 12,54 лет.

**Полученные результаты.** Анализ показал, из пациентов, перенесшие COVID-19 62 составили мужчины. Распределение по тяжести течения показала, что 36 пациента болели COVID-19 средней степени тяжести, 41 больных – тяжелой и 23- крайне тяжелое течение заболевания. По степени поражения легких больные были разделены: поражение легких 25% и менее (КТ-1) наблюдалось у 27 больных, более 25 до 50% легочного объема (КТ-2) у 43 больных, более 50-75% (КТ-3) у 24 и у 6 пациентов – более чем 75% (СТ-4). Сатурация O<sub>2</sub> составила в среднем 93,48 ± 5,27%. Встречаемость сердечно-сосудистых заболеваний характеризовалась: артериальная гипертензия встречалась у 41 больного, ишемическая болезнь сердца у 27 больных и перенесенный инфаркт миокарда – у 13 больных. Среднее количество фоновых заболеваний было достоверно выше у больных старшей возрастной группы (p<0,01). У больных с тяжелым и крайне тяжелым течением инфекции также чаще встречались СД у 23 больных и ожирение у 34 больных. Корреляционный анализ показал, что тяжесть перенесенного COVID-19 связана с коморбидными заболеваниями и увеличением частоты встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы характеризовалось высокой степенью поражения легких и сниженной сатурацией легких (r=0,64 и r= -0,56).

**Вывод.** Таким образом, оценка кардиоваскулярного риска у реконвалесцентов COVID-19 показала, высокую частоту встречаемости заболеваний сердца и взаимосвязь с тяжестью течения заболевания.

#### ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

**Камилова У.К., Абдуллаева Ч.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р. Икрамова Ф.А.**

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

**Цель.** Изучить качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с дисфункцией почек.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 128 больных ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Больные были разделены по NYHA функциональным классам (ФК) ХСН по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). 1-ую группу составили 32 больных со I ФК ХСН, 2-ую группу - 51 больных со II ФК ХСН и 3 группу - 44 больных с III ФК ХСН. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. В исследование не включались больные с сахарным диабетом. Всем пациентам определяли уровень креатинина (Кр) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI. Оценку показателей качества жизни (КЖ) проводили по Миннесотскому опроснику.

**Полученные результаты.** Анализ полученных данных показал, что у больных с I ФК ХСН показатель СКФ составил 86,4±9,5 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, со II ФК ХСН составил 77,1±16,4 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> и у больных с III ФК ХСН 65,3±12,0 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> соответственно. При этом больные СКФ<60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> составили 15,6 % у больных с I ФК ХСН, 31,3 % у больных со II ФК ХСН и 63,6% у больных с III ФК ХСН. Изучение показателей толерантности к физической нагрузке по результатам ТШХ в зависимости от функционального состояния почек выявило, что у больных СКФ≥60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> данный показатель составил 344,6±21,8 м и у больных СКФ<60мл/мин/1,73м<sup>2</sup> - 235,0±8,24м. Показатель ШОКС у больных ХСН также характеризовал более тяжелое клиническое течение заболевания у больных СКФ<60мл/мин/1,73м<sup>2</sup> - 8,1±0,67 баллов, по сравнению с группой больных СКФ≥60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, у которых данный показатель составил 5,6±0,51 баллов, соответственно. Оценка КЖ больных по Миннесотскому опроснику показала, что суммарный индекс у больных с I ФК ХСН составил - 26,3±2,23 баллов, у больных с II ФК ХСН -35,7±1,98 баллов, с III ФК ХСН -46,9±3,46 баллов, при этом он достоверно обратно коррелировал с результатами, полученными при проведении ТШХ (r = -0,92). Анализ показателей КЖ в зависимости от функционального состояния почек показал, что у больных СКФ≥60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> данный показатель составил 37,2±2,24 баллов, у больных СКФ<60мл/мин/1,73м<sup>2</sup> - 49,4±5,13 баллов.

**Выводы.** Изучение взаимосвязи между клиническим течением, прогрессированием заболевания, качеством жизни, прогнозом жизни у больных ХСН с дисфункцией почек выявило пря-