

ентов, умерших вне стационара. Более 30% пациентов принимали различные лекарственные препараты, чаще всего гипотензивные и антиангинальные, статины принимали чуть более 20% пациентов. Оценить эффективность медикаментозной терапии не представлялось возможным.

Медицинские документы 99 пациентов (67 (67,7%) мужчины, средний возраст 65 лет) не были представлены по разным причинам (группа 2). Достоверных различий по полу, возрасту, кодам МКБ-10, месту госпитализации отмечено не было.

В стационары 3 уровня поступили только 22,1% и 16,2% пациентов групп 1 и 2, соответственно.

Умершие в стационаре. Из 70 пациентов умерших в стационаре, у 48 (68,6%) пациентов смерть наступила до момента проведения оперативного вмешательства, а 3 пациента госпитализированы в состоянии клинической смерти. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 4 часа. Прижизненный диагноз "Аневризма Ао" был установлен только у 18 пациентов, из них 14 мужчин. Согласно МКБ-10 были выставлены следующие диагнозы: I71.0 — 3 (6,2%), I71.1 — 1 (2,1%), I71.3 — 11 (22,9%), I71.5 — 2 (4,2%), I71.6 — 1 (2,1%).

Некоторым пациентам успели провести лабораторное и инструментальное обследование. Д-димер был оценен только у 17 (13%) из 70 пациентов, из них он оказался повышен у 7 (5,4%) пациентов, тропонин проанализировали у 27 (20,6%) пациентов, у 8 (6,1%) повышен. Креатинин удалось оценить всем госпитализированным, повышение отмечено у 48 (36,6%) пациентов; гемоглобин оценен у 61 (46,5%) пациента, у 38 (29%) оказался снижен; глюкоза у 58 (50,8%) пациентов, у 10 (14,2%) повышена, а у 1 (1,4%) снижена.

Из инструментальных исследований: ЭКГ проведена у 67 (95,7%) из 70 пациентов, из них было отклонение от нормы имелось у 11 (15,7%), рентгенография ОГК у 25 (35,7%), эхокардиография проведена 28 (40%) пациентам, УЗИ брюшной полости выполнено 50 (71,4%) пациентам, КТ-ангиография — 31 (44,2%) пациенту. Соответственно наличие аневризмы грудного, брюшного, торакоабдоминального отделов аорты с признаками расслоения было заподозрено на ЭхоКГ у 22 (31,4%) пациентов, на УЗИ у 38 (54,3%), а КТ-ангиографии у 25 (35,7%) пациентов.

Как указывалось выше, среди госпитализированных у 48 (35 мужчины) пациентов смерть наступила до операции от массивного кровотечения вследствие разрыва Ао. Из 22 пациентов, которым было начато (выполнено) оперативное вмешательство у 2 пациентов смерть наступила во время операции (причины — массивное кровотечение и отек легких). Продолжительность операции составила 550 и 105 минут. До операции оба пациента находились в стационаре 4 дня. В анамнезе у этих двух пациентов эндопротезирование торакоабдоминального отдела Ао, плюс АКШ у одного из них, проявления ХСН. Оба принимали БАБ, статины, ИАПФ/АРА, БКК, ацетилсалициловую кислоту.

У оставшихся 20 (17 мужчины) пациентов смерть наступила в послеоперационном периоде, средняя продолжительность операции составила 252 мин, средняя длительность пребывания в стационаре также 4 дня. Причина смерти смешанный шок в сочетании с жизнеопасными нарушениями ритма сердца в виде ФЖ у 14 пациентов.

Анализ умерших дома и в других местах. На дому и в других местах умер 61 пациент. В амбулаторных картах был обнаружен минимум инструментальных исследований, которые амбулаторно проводились пациентам: ЭКГ только 7 (26,5%) пациентам, рентгенография ОГК у 3 (12%), эхокардиография у 1 (2,5%), КТ — ангиография 3 (6,6%). УЗИ брюшной полости никому не проводилось.

Заключение. В результате проведенного анализа выявлено, что в Самарской области в 2021 г. большинство летальных исходов от аневризмы Ао зафиксировано в медицинских организациях 1-2 уровней. Усредненный портрет пациента — мужчина в возрасте старше 65 лет, имеющий длительный кардиологический анамнез, в т.ч. перенесенные ранее инфаркты миокарда, операции реваскуляризации, итогом которых яви-

лось развитие ХСН. Лекарственную терапию получали не более 50% пациентов, а статины принимали чуть больше 20%. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 4 часа. Прижизненная постановка диагноза расслоения аневризмы аорты была выполнена только у 25% пациентов. Таким образом, любые сомнения врача о наличии РА требует проведения быстрого (молниеносного) обследования всех таких пациентов.

103 СРАВНЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ SCORE И FRAMINGHAM, ТЕХНОЛОГИЙ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Мишкин И. А.¹, Концевая А. В.², Гусев А. В.³, Сахаров А. А.⁴, Дранкина О. М.²

¹ГУЗ ТО Киреевская ЦРБ, Киреевск; ²ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России, Москва; ³ФГБУ ЦНИИОЗ Минздрава России, Москва; ⁴ПАО Группа Ренессанс Страхование, Тула, Россия

На сегодняшний день основными способами оценки сердечно-сосудистого риска являются шкалы SCORE, SCORE-2, Framinghsm и др. Однако данные шкалы имеют ряд статистических недостатков, которые могут снижать качество прогноза.

Цель. Использовать технологии машинного обучения для прогноза сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. Работа была выполнена на данных международного проспективного исследования "ИНТЕРЭПИД", проведенного в 2011-2016 гг. n=2,392 тыс. Конечные точки: случаи развития ишемической болезни сердца и острого нарушения мозгового кровообращения n=253 (24,1%) для Самары и n=280 (20,9%) для Кыргызской республики, всего n=533 (22,5%). В качестве алгоритмов машинного обучения использовали: ExtraTreesClassifier для Самарской когорты; GradientBoostingClassifier для Кыргызской когорты и для всей когорты "ИНТЕРЭПИД". Для сравнения использовали шкалу SCORE и Фрамингемскую шкалу.

Результаты. Для Самарской когорты лучший AUC у ExtraTreesClassifier — 0,609, для Кыргызской когорты у Фрамингемской шкалы AUC — 0,828, для всей когорты у GradientBoostingClassifier AUC — 0,766.

Заключение. По результатам данного исследования можно сказать, что качество детерминации по уровню сердечно-сосудистого риска в большинстве случаев лучше при использовании алгоритмов машинного обучения, однако в некоторых случаях наблюдались противоречивые данные. При этом в обоих случаях в первую очередь следует обращать внимание на качество выборки, на основании которой строилась математическая модель, и методах валидации.

104 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Мацкевич С. А., Кожанова И. Н., Романова И. С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Оценить приверженность к фармакотерапии у пациентов трудоспособного возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на фоне патологии мочевыводящей системы.

Материал и методы. Проанализировано 162 истории болезни пациентов в возрасте от 48 до 65 лет (средний возраст 59,8±6,24 года) с патологией мочевыводящей системы (мочекаменная болезнь, кисты почек, хронический пиелонефрит), проходивших стационарное лечение в уроло-

гическом отделении и имеющих сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы. Наличие патологии сердечно-сосудистой системы определяли по данным клинико-инструментальных исследований. Давность заболеваний сердечно-сосудистой системы составила в среднем $11,06 \pm 4,26$ года.

Результаты. Патология сердечно-сосудистой системы представлена следующей нозологией: инфаркт миокарда в анамнезе у 24 (14,8%) пациентов, стабильная стенокардия напряжения выявлена у 18 (11,1%) больных, нарушения сердечного ритма (пароксизмальная или постоянная форма фибрилляции предсердий, суправентрикулярная и/или желудочковая экстрасистолия) определялись у 67 (41,3%) пациентов, операции на сердце (коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий, РЧА) в анамнезе у 8 (4,9%) больных. В 42% случаев (68 пациентов) заболевание сердечно-сосудистой системы сопровождалось сопутствующим сахарным диабетом или нарушенной толерантностью к глюкозе. Артериальная гипертензия II-III ст. Встречалась в 90,1% случаев (146 пациентов), признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК по NYHA) выявлены в 72,2% случаев (117 пациентов). Проводимая фармакотерапия по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы представлена следующими группами лекарственных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина были назначены в 70% случаев, бета-адреноблокаторы принимали 54,3% пациентов, блокаторы кальциевых каналов получали 30,2% пациентов, дезагреганты принимали 48,1% больных, статины и диуретики получали 24,7% и 23,4% пациентов соответственно, антикоагулянты — 10,5% пациентов. Выявлено, что 24 пациента (14,8%) вовсе не принимали назначенные ранее кардиологом лекарственные препараты по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы в течение нескольких лет, а 28 пациентов (17,3%) длительное время принимали только один из назначенных лекарственных препаратов. И только 52 пациента (32,1%) принимали все назначенные кардиологом лекарственные препараты, т.е. имели высокую приверженность к фармакотерапии.

Заключение. В исследовании выявлено, что пациенты трудоспособного возраста с заболеваниями мочевыводящей системы имеют сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, в подавляющем большинстве случаев это артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность. Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы представлена широким спектром лекарственных препаратов, но только каждый третий пациент имеет высокую приверженность к фармакотерапии.

105 УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРЕНИРОВОЧНОЙ НАГРУЗКИ У СПОРТСМЕНОВ-ВETERАНОВ

Вялова М. О.

Саратовский ГМУ, Саратов, Россия

Цель. Проанализировать взаимосвязь уровня САД (систолического артериального давления) и ДАД (диастолического артериального давления) до и после тренировочной нагрузки с основными параметрами ультразвукового исследования сердца и сосудов у спортсменов-ветеранов.

Материал и методы. У 51 конкурентоспособного спортсмена в возрасте от 44 до 75 лет проводилось анкетирование для выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска, выполнялось ультразвуковое исследование сердца, измерялся уровень САД и ДАД до и в первые 3 минуты после тренировочной нагрузки. Учитывался установленный ранее врачом диагноз "артериальная гипертензия".

Результаты. При проведении анализа данных оказалось, что превышение нормы САД перед тренировкой достоверно связано с такими показателями, как КДР ЛЖ= $48,6 \pm 4$ мм (конечно-диастолический размер левого желудочка), ИММ ЛЖ= $90,4 \pm 15,7$ г/м² (индекс массы миокарда левого желудочка) и толщиной МЖП= $11,6 \pm 2$ мм (межжелудочковой перегородки) ($p \leq 0,05$).

Очевидно, у обследованных нами спортсменов-ветеранов отмечалась концентрическая гипертрофия ЛЖ, то есть более выраженное увеличение толщины МЖП, а также ИММЛЖ, в то время как полость левого желудочка не подвергалась дилатации. С целью определить, зависят ли данные показатели от наличия АГ (артериальной гипертензии) или повышенного САД до тренировки, был проведен двухфакторный статистический анализ, который показал, что КДР ЛЖ достоверно связан с наличием именно повышенного САД до тренировочной нагрузки ($p=0,04$), также, как и ИММ ЛЖ ($p=0,01$), что очевидно подтверждает гипотезу о том, что данные изменения полости ЛЖ у спортсменов-ветеранов не зависят от наличия диагноза АГ, а являются, очевидно, реакцией на повышение АД в процессе тренировочной нагрузки, как проявление адаптации и реактивности.

Повышенные значения САД после тренировочной нагрузки достоверно ассоциировались с большей встречаемостью гипертрофии миокарда левого желудочка (52,38%), диастолической дисфункцией (66,67%) и, соответственно, относительно повышенным ИММЛЖ ($90 \pm 15,5$ г/м²) и толщиной МЖП ($11,8 \pm 2$ мм) ($p \leq 0,05$). Повышение ДАД как до, так и после тренировочной нагрузки не имело достоверных связей с показателями ультразвукового исследования сердца.

Заключение. Можно предположить, что повышение САД как до тренировки, так и в ранний восстановительный период является неблагоприятным маркером. Ассоциация АД > 139/89 мм рт.ст. с признаками гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка подтверждает это. Не исключено, что гипертензивная реакция на нагрузку, и не только спортивную, внесла свой вклад в формирование выявленных изменений левого желудочка. Однако, обращает на себя внимание четкая взаимосвязь показателей ультразвукового исследования сердца, в частности, КДР ЛЖ, ИММ ЛЖ и толщиной МЖП, именно с повышенным уровнем САД как до, так и после тренировочной нагрузки, что может говорить в пользу формирования данных признаков вследствие адаптации к физическим нагрузкам и формирования "спортивного" сердца.

Российское кардиологическое общество
Министерство здравоохранения Самарской области
Самарский Государственный Медицинский Университет
Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова

13-я Всероссийская конференция

**"ПРОТИВОРЕЧИЯ
СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ:
СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ"**

08-09 ноября 2024 года
Самара

СБОРНИК ТЕЗИСОВ