

ставил $OR=1,4$ (95%ТI: 0,98–1,97) по сравнению с контролем. Следовательно, носительство данного аллельного варианта полиморфизма T-786C гена NOS3 связано с повышенным риском развития почечной дисфункции у пациентов с ХСН. Частота распределения генотипов T/T, C/T и C/C в группе пациентов составила: 47,3%, 36,4%, 16,4% и 54,2%, 35%, 10,8% в контрольной группе. В подгруппе пациентов с $eGFR >60$ мл/мин/1,73 м² наблюдается незначительное повышение частоты неблагоприятного генотипа C/C по сравнению с группой с $eGFR <60$ мл/мин/1,73 м² (16,4% против 15,6%, $p=0,4$). Генотип T/T также незначительно чаще встречается у пациентов с $eGFR >60$ мл/мин/1,73 м² (47,3% против 42,2%, $\chi^2=1,1$ и $p=0,3$). Частота распределения гетерозиготного генотипа C/T в подгруппах $eGFR <60$ мл/мин/1,73 м² и $eGFR >60$ мл/мин/1,73 м² составила 36,4% и 42,2% соответственно при $\chi^2=1,1$ и $p=0,3$. В то же время, согласно отношению шансов, риск развития рСКФ >60 мл/мин/1,73 м² и СКФ <60 мл/мин у пациентов, являющихся носителями неблагоприятного аллельного варианта C, может возрастать с ОШ =1,3 (95% ДИ: 0,94–1,98) до ОШ =1,5 (95% ДИ: 0,97–2,21).

Заключение:

Таким образом, пациенты с неблагоприятным аллельным вариантом C полиморфизма T-786C гена NOS3, как правило, связаны как с более высокой СКФ >60 мл/мин, так и с более низкой СКФ <60 мл/мин/1,73 м². Эти результаты могут указывать на потенциальную роль генетических факторов в восприимчивости к почечной дисфункции и могут быть полезны для дальнейших исследований в области нефрологии и генетики.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мадаминов А.М., Шоалимова З.М., Шукурджанова С.М.
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ,
г. Ташкент, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одна из основных причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на развитие современных методов диагностики, лечения ХСН, регулярно обновляемым клиническим рекомендациям, вопросы качества медикаментозной терапии и приверженности к ней не теряют своей актуальности. Целью исследования является изучение приверженности к назначенному лечению больных с хронической сердечной недостаточностью и её влияние на исходы заболевания.

Материал и методы:

Включено 75 пациента, из них 42 пациентов наблюдались в кардиологическом отделении многопрофильной клиники ТМА, 33 пациента обратились впервые. Средний возраст пациентов составил $71 \pm 9,1$ лет, средняя ФВ 42% по Симпсону, уровень BNP, NT-proBNP определен у 35 пациентов и превышал нормативные значения. Включено 75 пациента, которым диагноз ХСН был уточнен при включении. Из них 23 женщины, 52 мужчин. Более чем у половины пациентов на момент включения в исследование отмечалась одышка ($n=52$), увеличение времени восстановления после нагрузки ($n=60$), отеки лодыжек ($n=49$), утомляемость ($n=67$), усталость ($n=69$), что подтверждает тяжесть включенной когорты больных. После оценки приверженности по опроснику «Шкала приверженности НОДФ» пациенты были разделены на 2 группы: приверженные к лечению – т.е. кто соблюдал полностью врачебные назначения (0 баллов по шкале приверженности НОДФ) и неприверженные (≥ 1 баллов по шкале приверженности НОДФ). Группы приверженных и неприверженных

пациентов статистически не отличались друг от друга по возрасту, основным клиническим характеристикам и сопутствующим нозологиям. Следует отметить, что только перенесенный ОИМ в анамнезе встречался в группе приверженных пациентов чаще.

Результаты:

Основными факторами неприверженности при включении в исследование являлись забывчивость и нежелание принимать много лекарственных препаратов. Через год наблюдения забывчивость продолжала оставаться ведущим фактором, но количество пациентов, которые не хотят принимать препараты существенно уменьшилось, что, вероятно, обусловлено работой врачей. Спустя год наблюдения отклик составил 92%, 6 пациентов отказались от контакта по разным причинам, и их данные не вошли в окончательный анализ. В течение года умерло 6 (8%) чел., 3 (4%) чел. перенесли ОНМК, 15 (20%) пациентов были госпитализированы с декомпенсацией ХСН, у 1 (1%) развился ОКС без подъема сегмента ST с последующим стентированием коронарных артерий, 5 (7%) чел. обращались за амбулаторной помощью в связи с декомпенсацией ХСН с последующей коррекцией терапии. Таким образом, больные с ХСН не всегда принимают терапию, соответствующую клиническим рекомендациям. Общая приверженность к терапии пациентов с ХСН невысокая. Основными факторами неприверженности являются забывчивость, назначение большого количества лекарственных препаратов, опасение побочных эффектов.

Заключение:

Основными факторами неприверженности являются забывчивость и большое количество лекарственных препаратов. Выявлена статистически значимая связь между неприверженностью к лечению и частотой сердечно-сосудистых событий, риск которых возрастает в 3,8 раза у неприверженных при сравнении с приверженными пациентами.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Мацкевич С.А., Кожанова И.Н., Романова И.С., Чак Т.А.
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В современной клинической медицине наблюдается увеличение количества пациентов с несколькими заболеваниями одновременно. К тому же, пациенту с коморбидными заболеваниями назначается большее количество лекарственных препаратов, а это увеличивает вероятность нарушения правил рациональной фармакотерапии. Цель работы: оценить приверженность к проводимой фармакотерапии у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на фоне патологии мочевыделительной системы.

Материал и методы:

Ретроспективно проанализировано 1762 истории болезни пациентов в возрасте от 45 до 88 лет с патологией мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, кисты почек, ДГПЖ, хронический пиелонефрит), проходивших лечение в урологическом отделении в 2019-2024 гг. Всем пациентам было проведено общеклиническое исследование в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения. Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики.

Результаты:

В результате проведенного исследования выявлено, что у 433 (24,6%) пациентов (из них 40,2% женщин и 59,8% мужчин) имеется патология сердечно-сосудистой системы. Средний возраст

пациентов составил $69,67 \pm 9,06$ года). Давность заболеваний сердечно-сосудистой системы составила в среднем $13,21 \pm 5,34$ года. Наиболее часто встречалась артериальная гипертензия II-III ст. (92,1% пациентов) и нарушения сердечного ритма (постоянная или пароксизмальная форма фибрилляции предсердий и суправентрикулярная и/или желудочковая экстрасистолия) – у 55,4% пациентов). Признаки хронической сердечной недостаточности II-III функционального класса (по NYHA) выявлены у 86,1% пациентов. Сахарный диабет или нарушенная толерантность к глюкозе выявлены в 45,2% случаев. Реже встречается стенокардия напряжения (8,31% пациентов) и инфаркт миокарда (13,6% случаев) в анамнезе, пороки клапанов сердца (12,8% пациентов), операции на сердце (АКШ, стентирование коронарных артерий, РЧА – 6,7% пациентов), а также ОНМК (9,5% случаев). Проводимая фармакотерапия (до госпитализации и продолжающаяся в стационаре) по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы представлена следующими группами лекарственных препаратов. Чаще всего пациенты принимали бета-адреноблокаторы (58,6%), дезагреганты (45,9%) и блокаторы РААС (ингибиторы АПФ (44,5%) или блокаторы рецепторов ангиотензина (31%)). Несколько реже назначались блокаторы кальциевых каналов (29,9%), статины (29,3%), диуретики (26,8%), антикоагулянты (16%), препараты метаболической терапии (9,6%), антиаритмические препараты (7,9%), нитраты и нитратоподобные препараты (3,8%). Выявлено также, что только 48,5% пациентов соблюдали рекомендации кардиолога (терапевта) и принимали все назначенные ранее лекарственные препараты, т.е. приверженность терапии наблюдается почти у каждого второго пациента. Обращает на себя внимание тот факт, что 12,7% пациентов вовсе не принимали назначенной ранее лекарственной терапии по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы в течение нескольких лет, а 10,2% пациентов длительное время принимали только один из нескольких назначенных лекарственных препаратов.

Заключение:

В результате исследования выявлено, что каждый четвертый пациент с патологией мочевыделительной системы имеет заболевание сердечно-сосудистой системы, в большинстве случаев это артериальная гипертензия и нарушения сердечного ритма, хроническая сердечная недостаточность, и почти каждый второй пациент имеет сахарный диабет. Фармакотерапия патологии сердечно-сосудистой системы представлена широким спектром лекарственных препаратов. Однако комплаентность пациентов недостаточна для предотвращения прогрессирования заболевания сердечно-сосудистой системы, что может способствовать также прогрессированию патологии мочевыделительной системы.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Попель О.Н.¹, Кошлатая О.В.¹, Суджаева О.А.¹,
Мещеряков Ю.В.², Колядко М.Г.¹,
Русских И.И.¹, Ковш Е.В.¹

¹ РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь;

² ИПКиПКЗ УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Определить прогностические факторы риска развития хронической болезни (ХБП) почек у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материал и методы:

Обследовано 64 пациента (40 женщин и 24 мужчины) с ХИБС без органического заболевания почек в анамнезе в возрасте

74,4±4,5 года. Все, включенные в исследование пациенты, были коморбидными или имели несколько факторов сердечно-сосудистого риска, такие как наличие в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ) и/или реваскуляризации миокарда, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, патологии щитовидной железы. Всем обследуемым были проведены: биохимический анализ крови на автоматическом анализаторе «Architect с 4000» (Abbot, США) с определением цистатина С иммунотурбидиметрическим методом, креатинина с применением кинетического метода Яффе, основанного на реакции с щелочным пикритом, биохимический анализ утренней и суточной мочи выполняли на автоматическом анализаторе мочи iQ 200 Select (Beckman Coulter, США) с определением содержания альбумина в суточной моче пробой с сульфосалициловой кислотой и методом с пирогаллоловым красным, натрия мочи, эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате экспертного класса GE Vivid 7 (GE HealthCare, США). ХБП диагностировалась всем пациентам при выявлении нарушения их структуры и/или функции длительностью более 3 месяцев. Для выявления факторов риска (ФР) развития ХБП через 3 месяца проведен линейный регрессионный анализ. Вклад каждого ФР в развитие дисфункции почек оценивался методом отношения шансов (Odd Ratio). В качестве функции активации выбран сигмоид ($f(x)$). Если значение $f(x) > 0,5$, то пациент выйдет на ХБП через 3 месяца с вероятностью 95%. Если значение $f(x) < 0,5$, то пациент не выйдет на ХБП через 3 месяца с вероятностью 95%. Статистический анализ выполнен с помощью программы «STATISTICA 12.0» (StatSoft Inc.).

Результаты:

Пациентам, исходно не имевшим почечной дисфункции, через 3 месяца проведено комплексное обследование, по результатам которого был выставлен диагноз ХБП: у 18% пациентов в стадии С1, у 6% – С2, у 18% – С3А, у 3% – С3Б. После проведения регрессионного анализа выявлены ФР, оказавшие статистически значимое влияние ($p < 0,05$) на возникновение ХБП: 1) по данным ЭхоКГ: пиковая скорость раннего диастолического наполнения-Е ($U=678$, $p=0,039$), время замедления пика Е- DT ($U=514$, $p=0,0168$), пиковая скорость позднего диастолического наполнения А ($U=682$, $p=0,013$); 2) биохимические показатели: содержание альбумина в суточной моче ($U=690$, $p=0,049$), натрия мочи ($U=135$, $p=0,013$), цистатина С ($U=634$, $p=0,009$), креатинин крови ($U=557$, $p=0,014$); 3) клинические данные: возраст, наличие/отсутствие в анамнезе ИМ. Для предсказания развития ХБП через 3 месяца по выявленным ФР составлено уравнение регрессии: $X = -1,2953 + 0,006 \times \text{Возраст} + 0,322 \times \text{Наличие ИМ в анамнезе} + 0,149 \times E - 0,108 \times A + 0,003 \times DT - 0,02 \times \text{Натрий мочи} + 0,02 \times \text{Альбумин суточной мочи} + 1,09 \times \text{Цистатин С} - 0,0015 \times \text{Креатинин}$, где «X» – входное значение для расчета сигмоидной функции активации, «Возраст» – возраст пациента в годах, «Наличие ИМ» – при наличии ИМ в анамнезе принимается за 1, при отсутствии ИМ в анамнезе принимается за 0, «Е» – пиковая скорость раннего диастолического наполнения в м/с, «А» – пиковая скорость позднего диастолического наполнения в м/с, «DT» – время замедления пика раннего диастолического наполнения в мс, «Натрий мочи» – содержание натрия в суточной моче в ммоль/л, «Альбумин суточной мочи» – содержание альбумина в суточной моче в мг/сут, «Цистатин С» – содержание цистатина С в сыворотке крови в мг/л, «Креатинин» – содержание креатинина в сыворотке крови в мкмоль/л. Все факторы коррелировали между собой на высоком уровне ($R=0,79$), коэффициент детерминации $R^2=0,62$, критерий Фишера 0,04.

Заключение:

У пожилых пациентов с ХИБС имеется высокий риск развития нарушения функции почек, которое взаимосвязано не только с

ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

**ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, КАЗАХСТАНА, КЫРГЫЗСТАНА,
ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ, УЗБЕКИСТАНА**

**VI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ
«СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ
ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2024»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

16-17 октября 2024 года