

показало, что наибольшее количество пациентов – 8 (53,3%) – имеют УР. В 6,8% случаев пациенты имеют НР по шкале SCORE. Пациенты ВР и ОВР составили 4 (26,6%) и 2 (13,3%) соответственно.

52 (77,5%) пациенты с АГ молодого возраста находились в возрастной группе от 18 до 39 лет. Для этой возрастной группы пациентов, для расчета ССР использовали Шкалу относительного риска ССР. Результаты исследования показали, что у 34 (65,3%) мужчин с АГ молодого возраста с 18 до 39 лет по шкале SCORE с экстраполяцией риска на возраст 60 лет, определен высокий десятилетний фатальный риск (5,32%). У женщин этой возрастной группы определен низкий сердечно-сосудистый риск (менее 5%).

При нормальном артериальном давлении (АД), как и при более высоких степенях АГ, риск ССО может варьировать от незначительного до высокого в зависимости от наличия или отсутствия ФР, поражения органов-мишеней и/или сопутствующих заболеваний.

Таким образом, в возрастной группе пациентов от 18 до 39 лет у мужчин с АГ молодого возраста по шкале SCORE с экстраполяцией риска на возраст 60 лет определен высокий десятилетний фатальный риск (5,32%). У женщин этой возрастной группы определен низкий сердечно-сосудистый риск (менее 5%). В возрастной группе от 40 до 44 лет значение показателя ССР составил $5,52 \pm 4,69$, Ме значения – 4,47. Наибольшее количество пациентов этой группы имеют умеренный ССР.

Выводы. Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска с использованием шкалы SCORE достаточно проста и доступна в амбулаторных условиях. Учитывая высокий риск развития ССО у пациентов молодого возраста с АГ, следует использовать данную методику для прогнозирования и профилактики осложнений заболевания.

ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ ФИБРОЗА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Карпова И.С.¹, Ванкович Е.А.¹, Боровая Т.В.²

¹Республиканский научно-практический
центр Кардиология РБ,

²Белорусский государственный медицинский
университет,
Минск, Беларусь

Перенесенный COVID-19 характеризуется развитием в отдаленном периоде патологических изменений в миокарде в виде структурного ремоделирования

миокарда и фиброза. В основе фиброза лежат патологические изменения в экстрацеллюлярном матриксе и коронарной микроциркуляции. Целью исследования явилась оценка динамики выраженности фиброза миокарда по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 135 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом: лица, перенесшие коронавирусную инфекцию COVID-19 – 85 человек (I группа) (65,0 (62,0; 71,0) лет) и лица, не переносившие инфекцию – 50 человек (II группа) (67,9 (65,0; 72,0) лет). Данные исследований сравнивались с показателями этих пациентов в доковидном периоде (2017-2018 г.г.), имевшиеся в базе данных. МРТ исследование осуществлялось на высокопольном магнитно-резонансном томографе Siemens Magneto Aera с индукцией магнитного поля 1.5 Т. МРТ сердца дополнялась оценкой выраженности фиброза миокарда левого желудочка (ЛЖ) методом магнитно-резонансной T1-релаксометрии (T1-mapping) с определением фракции внеклеточного объема (ECV). Дополнительно в миокарде определялась объемная фракция интерстициального коллагена (ОФИК). Ее оценка осуществлялась с применением методики косвенной оценки с помощью амплитудного анализа основных зубцов электрокардиограммы (ЭКГ) покоя в 12 отведениях и массы миокарда ЛЖ, рассчитанной по формуле, предложенной J.Shirani в результате сопоставления данных прижизненной эндомиокардиальной биопсии с данными электрокардиограммы и эхокардиографии. Суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) по Холтеру проводилось с трехканальной записью с использованием аппарата «Кардиан».

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась методом вариационной статистики с использованием t критерия Стьюдента с помощью пакета программ STATISTICA 7.0.

Результаты и обсуждение. МРТ сердца у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом включало определение фракции внеклеточного объема (ECV). Фракция внеклеточного объема исходно не отличалась между группами. Однако, в группе пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, этот показатель достоверно возрос до 31,7 (23,3; 28,7) % в сравнении с доковидным периодом (25,2 (23,8; 27,4) % ($p=0,00000$)) и оказался выше референсных значений в постковидном периоде у 1/4 лиц, в то время как в группе пациентов, не переносивших коронавирусную инфекцию, объем фракции внеклеточного объема оставался на прежнем уровне и был выше референсных значений лишь у 8,33% пациентов. Показатель ECV при МРТ по сути является биомаркером фиброза миокарда. Увеличение степени фиброза миокарда после коронавирусной инфекции свидетельствует о повреждении миокарда и увеличении в нем зоны соединительной рубцовой ткани. Одним из показателей, характеризующих дегенерацию коллагеновой ткани в

миокарде с развитием интерстициального фиброза является показатель объемной фракции интерстициального коллагена (ОФИК). В обеих группах пациентов этот показатель был значительно повышен (в I группе 42,7 (30,3; 54,9), во II – 47,7 (33,0; 67,6) (2%-6% в норме) и исходно не отличался между группами. Если показатель ОФИК в I группе пациентов после коронавирусной инфекции повысился на 11 %, то во II группе не претерпел изменений. Очевидно, что рост объемной фракции интерстициального коллагена приводит к увеличению пассивной жесткости миокарда. В то же время более выраженный интерстициальный фиброз миокарда может определять аритмии и дальнейшее прогрессирование ХСН. Рост фиброза миокарда после коронавирусной инфекции по данным МРТ проявился увеличением структурно-функциональных нарушений сердца. Так, у пациентов после COVID-19 была достоверно снижена фракция выброса (ФВ) ЛЖ (52,7%) и ФВ правого желудочка (ПЖ) (52,7 (46,0%)) в сравнении с группой лиц, не переносивших COVID-19 ($p=0,00000$ и $p=0,004$, соответственно). Причем, последняя достоверно снизилась, в сравнении с показателями до COVID-19 ($p=0,046$). Анализ размеров правых отделов сердца у пациентов I группы выявил тенденцию к удлинению правого предсердия, в сравнении с пациентами, не болевшими коронавирусной инфекцией, а также достоверно более значимые систоло-диастолические размеры ПЖ ($p=0,03$ и $p=0,0002$, соответственно). Наряду с этим, у пациентов, перенесших COVID-19, по данным МРТ наблюдались достоверно меньшие ударный объем и сердечный выброс ПЖ в сравнении с пациентами II группы и исходными (доковидными) результатами. По данным СМЭКГ, в группе пациентов после перенесенной COVID-19 отмечалось достоверно больше одиночных желудочковых экстрасистол ($p=0,000000$), а желудочковые экстрасистолы в виде куплетов встречались в 29,0% случаев, в то время как во II группе – только у единичных пациентов.

Выводы. Перенесенная коронавирусная инфекция у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом проявилась увеличением размеров зон фиброза миокарда, прогрессированием сердечной недостаточности и учащением желудочковых аритмий.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Касимова М.Б., Ешмурзаев А.Т.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Язвенная болезнь представляет собой социально значимое хроническое заболевание, поражающее человека в любом возрасте. При регулярных обострениях ЯБ сопровождается болевым, диспепсическим синдро-

мами, невротизацией и астенизацией личности, что обуславливает ухудшение качества жизни.

Цель исследования. Изучить качество жизни пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Исследование проведено в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии. В исследовании участвовало 120 больных с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в возрасте от 20 до 40 лет, из них 21 пациент с ЯБЖ и 99 пациентов с ЯБ ДПК. Критериями исключения из исследования являлись: возраст моложе 18 и старше 60 лет; наличие психических заболеваний; указание в анамнезе на прием в течение последних 3-х месяцев нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов и др.; хирургическое лечение с выполнением резекции желудка, гастрэктомии, ваготомии. Всем пациентам было проведено исследование клинических проявлений и лабораторно-инструментальных показателей. Пациенты с ЯБЖ и ЯБ ДПК получали стандартную 10-дневную эрадикационную терапию: омепразол по 20 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки. Для изучения качества жизни использовали опросник MOS SF-36, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения для изучения всех компонентов качества жизни (КЖ) и являющийся наиболее распространенным в клинических исследованиях. Содержащиеся в опроснике 36 пунктов сгруппированы в 8 шкал, представляющих собой составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные ощущения, положительные и отрицательные эмоции общего состояния здоровья. Физический суммарный компонент здоровья включает в себя показатели: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ). Психический суммарный компонент здоровья в совокупности определяет также ряд показателей: жизнеспособность (Ж), социальное и ролевое эмоциональное функционирование (СФ и РЭФ), психическое здоровье (ПЗ). По каждой из 8 шкал анализировались средние показатели. Результаты представляются в виде баллов (0-100).

Результаты и обсуждение. Анализ КЖ пациентов проводился по опроснику MOS SF-36 до лечения, через 14 дней после начала лечения и через 1, 6 и 12 месяцев после окончания лечения. При анализе показателей результаты ниже 70 баллов расценивались как снижение качества жизни. Полученные данные свидетельствуют о том, что у исследуемых пациентов до лечения прослеживаются низкие показатели качества жизни по всем шкалам опросника MOS SF-36. Так, значительные изменения выявлены в физическом компоненте здоровья – снижены показатели ФФ $41,12 \pm 0,082$ балла. Также выявлено снижение уровня РФФ – $38,12 \pm 0,08$ балла. Показатель «интенсивности боли» составил $41,48 \pm 0,081$ балла. Показатель «субъективной оценки общего состояния

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургское отделение РАН
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова
Российское научное медицинское общество терапевтов
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина
Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов
Ассоциация ревматологов России
ОО «Человек и его здоровье»



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией
академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2025