



**ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ  
ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНЗДРАВА РОССИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)  
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ  
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:  
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БЕЛАРУСИ, КАЗАХСТАНА, КИРГИЗИИ, МОЛДАВИИ,  
УЗБЕКИСТАНА, ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ**

# **МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СПОРНЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2022»**

## **ГИБРИДНЫЙ ФОРМАТ**

# **ТЕЗИСЫ**

ISBN 978-5-6044347-9-6



9 785604 434796

**19–20 октября 2022 г.**



**ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ  
ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА МИНЗДРАВА РОССИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)  
ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ  
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:  
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БЕЛАРУСИ, КАЗАХСТАНА, КИРГИЗИИ, МОЛДАВИИ, УЗБЕКИСТАНА,  
ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ**

# **МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СПОРНЫЕ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2022»**

**ГИБРИДНЫЙ ФОРМАТ**

**19–20 октября 2022 г.**

стенников с ГЛП при каскадном скрининге было 120 человек (9,4% от всех лиц с ГЛП). По всей группе получено среднее значение уровня ХС — 8,56 +/- 5,37 ммоль/л, ТГ — 4,01 +/- 8,49 ммоль/л. Частота: ИБС — 34,5%, ИМ — 12,1%, АГ — 57,5%, сахарный диабет — 14,5%. Распределение фенотипов ГЛП: 2А ГЛП — 53,7%, 2Б ГЛП — 38,4%, это лица с ГХС. Учитывая критерии СГХС по уровню ХС и ТГ и данные семейного анамнеза о ССЗ и ГЛП была определена группа лиц СГХС (2А+2Б ГЛП), которая составила 34,9%. Пациенты, не соответствовавшие критериям СГХС, определены как группа полигенной ГЛП (2А + 2Б ГЛП), составивших 57,2%. Выявлены различные ксантомы у 25,9% во всей группе лиц с ГЛП. При СГХС получены среднее значение уровня ХС — 9,84 +/- 2,69 ммоль/л, ТГ — 1,91 +/- 1,32 ммоль/л, ИБС у 55,9%, АГ у 53,6% обследованных. Возрастные группы, обратившихся на консультацию, составили во всей группе: до 20 лет — 2,4%, 21-40 лет — 33,3%, старше 40 лет — 64,3%. Среди лиц с СГХС по возрасту обращения составили: до 20 лет — 5,6%, 21-40 лет — 28,6%, старше 40 лет — 65,8%

#### **Заключение:**

Следует отметить важное значение семейного анамнеза в диагностике СГХС, что определяет формирование группы высокого риска и соответствующие формы гиполипидемической терапии. Определена возможность проведения каскадного скрининга и выявление родственников с ГЛП, как раннее выявление доклинической СГХС.

### **ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Камилова У. К., Алиева М. Ю., Тагаева Д. Р.  
РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации,  
г. Ташкент, Узбекистан

#### **Введение (цели/ задачи):**

Изучить особенности развития мультифокального атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).  
Материал и методы:

Обследованы 116 больных стабильной стенокардией напряжения II-IIIФК. Средний возраст больных составил 56,7±5,4 лет. Всем больным проводились ангиографические исследования коронарных сосудов и сосудов нижних конечностей.

#### **Результаты:**

По данным КАГ 1-сосудистое поражение наблюдалось у 15 (12,5%), 2-х сосудистое поражение — у 34 (28,3%) и 3-х сосудистое поражение у 40 (33,3%) больных. Средний степень поражения коронарных артерий составил 84,6±6,9%. При оценке поражений сосудов нижних конечностей наблюдалось у 62 (51,7%). При этом средняя степень стеноза составил 23,5±3,8%. Поражения брахиоцефальных сосудов наблюдалось у 64 больных. Это сопровождалось изменением коэффициента толщины интимы-медиа (ТИМ) у обследованных больных. Стеноз составил 40,6±2,8%. При этом ТИМ в правой сонной артерии составил — 1,14±0,09 мм, в левой сонной артерии — 1,12±0,01мм.

#### **Заключение:**

Оценка мультифокального атеросклероза у больных ИБС способствует ранней диагностике поражений сосудов и улучшению профилактических мер.

### **НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ PCSK9 В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ**

Волкова С. Ю.<sup>1</sup>, Боярская Л. А.<sup>2</sup>, Торопыгин П. Ю.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,  
г. Тюмень, Российская Федерация),

<sup>2</sup>Тюменская больница ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России», г. Тюмень, Российская Федерация)

#### **Введение (цели/ задачи):**

Поиск новых возможностей снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) у пациентов из группы высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, определил включение в современные рекомендации для коррекции гиперлипидемии ингибиторов PCSK9. Цель исследования. Анализ эффективности и безопасности ингибитора PCSK9 (алирокумаба) у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска по данным трехмесячного наблюдения в реальной клинической практике.

#### **Материал и методы:**

В проспективном открытом несравнительном исследовании изучены 20 пациента (13 мужчин и 7 женщин, средний возраст обследованных составил 57,9 ± 6, 6 лет) очень высокого сердечно-сосудистого риска с атерогенной дислипидемией и отсутствием достижения целевых уровней липидов. Алирокумаб вводился в дозе 150 мг подкожно 1 раз в 2 недели в течение 3 мес. Первичной конечной точкой являлось достижение целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и/или снижение уровня ХС-ЛПНП на 50% и более. Для оценки безопасности исследовались печеночные тесты, уровень креатинина и гликемии; изучены побочные эффекты.

#### **Результаты:**

Через 3 мес. терапии наблюдалось статистически значимое снижение ХС-ЛПНП: 1,47±0,62 против 2,96±0,78ммоль/л исходно (p < 0,0001); У 70% пациентов достигнут либо целевой уровень ХС-ЛПНП менее 1.4 ммоль/л, либо снижения уровня ХС-ЛПНП на 50% и более, а у 50%- за три месяца приема достигнуты оба целевых показателя. Показатели печеночных тестов, креатинина и гликемии натощак значимо не менялись. Побочные эффекты и нежелательные явления не зафиксированы.

#### **Заключение:**

Результаты проведенной оценки эффективности применения алирокумаба в дозе 150 мг подкожно с интервалом в две недели показали, что для терапии алирокумабом в условиях дневного стационара многопрофильной больницы характерна хорошая переносимость с отсутствием побочных реакций и высокая эффективность препарата.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА**

Ермекебаева А. К.<sup>1</sup>, Камилова У. К.<sup>2</sup>, Хамраев А. А.<sup>1</sup>,  
Нуритдинов Н. А.<sup>2</sup>, Закирова Г. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент,  
г. Узбекистан,

<sup>2</sup>РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации,  
г. Ташкент, г. Узбекистан,

#### **Введение (цели/ задачи):**

Изучить особенности течения постковидного синдрома у реконвалесцентов COVID-19.

**Материал и методы:**

Обследованы 220 больных, перенесших COVID-19. Было проанализировано течение постковидного периода. Средний возраст пациентов составлял  $54,6 \pm 11,4$  лет. Из них мужчины составляли 107 (48,6%) и женщины – 113 (51,4%).

**Результаты:**

В постгоспитальном периоде многие пациенты продолжали предъявлять различные жалобы. Через 3 мес. наблюдения хотя бы 1 симптом сохранялся у 36,6% пациентов, а через 6 мес. наблюдения – у 25,7%. Самыми частыми симптомами, которые сохранялись у пациентов до 3-го и 6-го мес., были слабость – 70 (31,8%) и 51 (24,1%), а также одышка – 63 (28,6%) и 38 (17,9%). Эти симптомы наблюдались у каждого третьего пациента через 3 мес. и у каждого пятого через 6 мес. Обращало на себя внимание, что в первые 3 мес. многие пациенты – 40 (18,1%) предъявляли жалобы на подъемы артериального давления на фоне ранее эффективной антигипертензивной терапии, а также сердцебиение 26 (11,6%). Реже у пациентов длительно сохранялись боли в груди и потеря вкуса и обоняния. По данным опроса, через 3 мес. после реконвалесценции COVID-19: 14,5% больных имели одышку при значительной физической нагрузке, 8,2% больных при обычной физической нагрузке, 5% больных при незначительной физической нагрузке, 1,4% больных в покое. Сохранение одышки через 6 мес. наиболее часто наблюдалось у больных с наличием сердечно-сосудистой патологии. Согласно анализу данных через 6 мес. одышка при значительной физической нагрузке сохранялась у 4,7% больных, при обычной физической нагрузке у 3,8% больных, при незначительной физической нагрузке у 2,3% пациентов, в покое у 0,5% больных. Среди пациентов с вновь возникшими заболеваниями через 3 и 4–6 мес. наблюдения преобладали пациенты с АГ, которая составила 5 (2,3%) и 6 (2,8%) в структуре “новых” заболеваний. Кроме того, возросла доля пациентов с “новой” ИБС за 4–6 мес. 1,4% по сравнению с 3 мес. 0,45%. За 4–6 мес. наблюдалось больше случаев ИМ, чем за первые 3 мес. Аналогичная динамика наблюдалась для новых случаев ХСН, которая была зарегистрирована у 0,9% в первые 3 мес. и у 1,4% за 4–6 мес.

**Заключение:**

Таким образом, постковидный период у реконвалесцентов COVID-19 характеризовался частой встречаемостью сердечно-сосудистых заболеваний.

### СЕМЕЙНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ – ВОЗРАСТ ВЫЯВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ МНОГОЛЕТНИХ АМБУЛАТОРНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ (РЕГИСТР «ЛИПИД-ПРАКТИК» 2009–2019)

Рожкова Т. А., Зубарева М. Ю., Амелюшкина В. А.  
ФГБУ НМИЦ кардиологии им. акад. Е.И. Чазова МЗ РФ,  
г. Москва, Российская Федерация

**Введение (цели/ задачи):**

Наследственно обусловленная семейная гиперхолестеринемия (СГХС) является фактором риска фенотипических проявлений атеросклероза в старшем возрасте. Выявить фактор гиперлипидемии (ГЛП) можно в раннем возрасте в доклиническом периоде проявлений атеросклероза. Возможными маркерами выявления СГХС могут быть ксан-

томы в молодом возрасте, данные семейного анамнеза о сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) атерогенного генеза и скрининг популяционный и каскадный выявления ГЛП. Цель – определить возможности раннего выявления и диагностики СГХС в общем спектре разных форм ГЛП у пациентов молодого возраста, из потока общих консультаций лиц с ГЛП, учитывая алгоритм диагностики СГХС, каскадный скрининг и семейный анамнез. Задачи. 1. Проведение консультаций пациентов с разными ГЛП при их самостоятельном определении липидов крови, при диспансерных скрининговых обследованиях. 2. Консультации пациентов с внешними проявлениями ГЛП в виде ксантом, с ранними ССЗ заболеваниями у родственников 1 степени родства (родители, братья, сестры, дети) или наличия у родственников ГЛП. 3. Диагностика СГХС по алгоритму Голландских критериев.

**Материал и методы:**

Представлены данные многолетних (2009–2019 гг.) амбулаторных консультаций по обращаемости лиц с разными типами ГЛП разных возрастных групп регистра «ЛИПИД-ПРАКТИК». Всего 1282 человека, мужчин – 40,3%. Возраст пациентов при обращении на консультацию составил от 1 года до 84 лет, до 18 лет – 31 человек, пробанды были как детского возраста, так и родители. Методы. Обследование включало общий алгоритм диагностики фенотипов ГЛП и алгоритм диагностики СГХС: данные липидного профиля крови (холестерин, триглицериды), осмотр на выявление ксантом, опрос о данных семейного анамнеза у родственников 1 степени родства (родители, братья, сестры, дети) о сердечно-сосудистых заболеваниях атерогенного генеза (инсульт, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет). Устанавливали фенотипы ГЛП по уровням холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) крови по Фредриксону: при уровне ХС > 5,2 ммоль/л и ТГ < 1,7 ммоль/л (2А ГЛП), при ХС > 5,2 ммоль/л и ТГ > 1,7 ммоль/л (2Б ГЛП). Диагностику СГХС проводили по критериям: ХС > 7,5 ммоль/л и ТГ < 4,5 ммоль/л (по Голландским критериям > 8 баллов), включая данные осмотра о выявленных ксантомах: сухожильные, кожные (в том числе периорбитальные, ксантелазмы), липоидную дугу роговицы, характерных для СГХС.

**Результаты:**

Средний возраст и стандартное отклонение составили широкий диапазон по всей выборке – 50,7 (13,6) лет и в группе лиц СГХС – 51,0 (6,4) лет. Получено распределение фенотипов ГЛП по всей выборке: 2А ГЛП – 53,7%, 2Б ГЛП – 38,4%. Группа лиц СГХС по указанным критериям составила 31,4% (402 чел.) Ксантомы (кожные и сухожильные) в группе лиц СГХС выявлены у 39,8%. При этом принимали гиполипидемическую терапию (статины) в группе СГХС – 52,2%. Обследовано родственников с ГЛП при каскадном скрининге было 120 человек (9,4% от всех лиц с ГЛП). Возраст при обращении на консультацию составил: в группе СГХС лиц до 40 лет было 34,2% и старше 40 лет – 65,8%, молодого возраста до 20 лет – 5,6% (22 чел.), возраста 21–40 лет – 28,6%. Принимали статины в группе лиц старше 18 лет при СГХС – 73,4% (295 чел.), что соответствует наличию диагноза СГХС, в том числе лиц до 30 лет – 7 чел (2,4%), 31–40 лет – 18 чел (6,1%), 41–50 лет – 50 чел (16,9%), и старше 50 лет – 220 чел (74,6%).

**Заключение:**

Запаздывает выявление лиц с наследственно обусловленной СГХС в доклиническом периоде на этапе бессимптомно-

Покатилова А. И.	9
Покровский С. Н.	9
Попель О. Н.	27
Потёмкина Н. А.	14
Привалова Е. В.	44
Прокопенко А. В.	24
Пронин А. Г.	24, 41, 42
Прощаев К. И.	38
Пряхин А. С.	43
Пулатов Н.	50, 60, 62

**Р**

Рапинчук Д. В.	15
Рахматуллина А. Р.	41
Рачина С. А.	25, 26
Родионов А. В.	59
Рожкова Т. А.	5, 6, 8
Романова М. А.	25, 26
Румянцева М. Г.	49
Рустамов Б. Е.	35, 39

**С**

Савицкая Н. А.	9
Садыгова Т. А.	13
Сапельников О. В.	62
Сафиуллина А. А.	62
Сахнова Т. А.	48
Свирида О. Н.	31
Секисова В. Е.	24
Семенова Л. В.	4
Сивохина Н. Ю.	41, 42
Сизов В. В.	54
Скворцов А. А.	32
Скибицкий В. В.	54
Слепова О. А.	44
Смирнова М. Д.	31
Смирнова М. П.	33
Соловей С. П.	4
Соловьёва Е. Ю.	30
Соснова Ю. Г.	21, 52
Сотников А. В.	29
Спирина М. М.	45
Срождинова Н. З.	56
Староверова А. И.	61
Степанов М. М.	45
Степченко М. А.	14
Стоногина Д. А.	27
Суджаева О. А.	27
Суркова Н. А.	49
Сурмач Е. М.	15
Сычев А. В.	32

**Т**

Тагаева Д. Р.	7
Тасыбаев Б. Б.	29
Терещенко С. Н.	32
Тешаев У. Ш.	64
Тимофеева О. В.	54
Титова Н. Е.	41
Тихонова Г. А.	35
Тополянская С. В.	25, 26
Торопыгин П. Ю.	4, 7
Турна О. И.	25, 26
Тюрина А. В.	9

**У**

Узбекова Н. Р.	47
Узоков Ж. К.	50, 60, 62

Умурзакова М. М.	5
Уразова Г. Е.	47
Уразова О. И.	43
Урванцева И. А.	24
Ускач Т. М.	62

**Ф**

Фашафша З.	14
Фендрикова А. В.	54
Филиппкина Т. Ю.	64
Фомин В. В.	30, 59
Фофанова Т. В.	31

**Х**

Хазова Е. В.	36
Хайдарова Ф. А.	37
Халилова У. А.	40
Хамидуллаева Г. А.	58
Хамраев А. А.	7, 37
Хардикова Е. М.	14
Хачиров М. Р.	62
Хлямов С. В.	12
Холикулов С. Ш.	28, 63
Хохлова Ю. А.	41
Хошимов Ш. У.	5, 44

**Ч**

Чегодаева Н. А.	9
Чижев П. А.	33
Чорбинская С. А.	54
Чумакова С. П.	43
Чурашова О. Ю.	21, 52

**Ш**

Шабан Н. И.	16, 19
Шанина И. Ю.	21, 52
Шарф Т. В.	32
Шахова А. А.	49
Шек А. Б.	5, 44
Шипулин В. М.	43
Ширалиева Г. Ш.	59
Шмелёва А. А.	14
Шмидт Е. А.	42
Штегман О. А.	34
Шукуров А. А.	39
Шурупова И. В.	49

**Щ**

Щербенев В. М.	20, 21, 22
----------------	------------

**Э**

Эфендиева Л. Г.	52
-----------------	----

**Ю**

Юдин И. Г.	59
Юлдашева А. Д.	58
Юлдошев Н. П.	28, 63
Юльметова Л. Н.	27
Юрасова Е. С.	48
Юсупова Д. Ж.	44
Юсупова М. Ш.	37

**Я**

Яблонская Ю. А.	21
Ярбеков Р. Р.	64