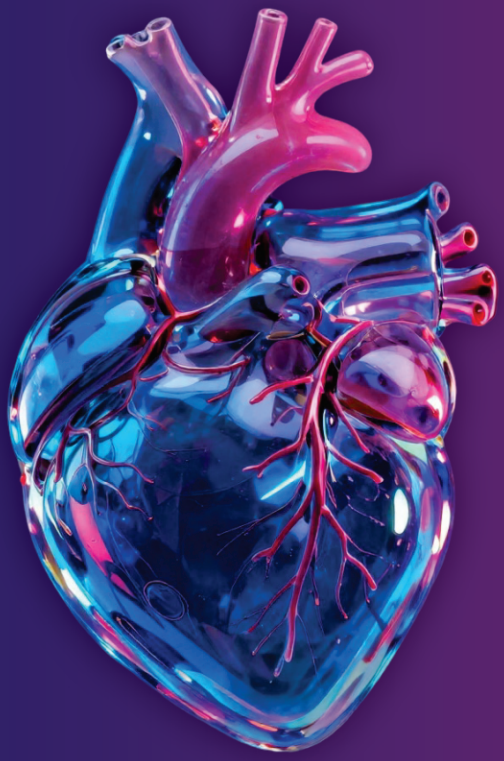
XVIII

ҚР КАРДИОЛОГТАРЫНЫҢ КОНГРЕСІ
КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ РК
CARDIOLOGY CONGRESS OF KAZAKHSTAN

11-12 МАУСЫМ АЛМАТЫ | 11-12 ИЮНЯ АЛМАТЫ | JUNE 11-12 ALMATY



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КАЗАХСТАНСКОЕ ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КАЗАХСТАНСКОЕ ОБЩЕСТВО АТЕРОСКЛЕРОЗА

UMC UNIVERSITY Medical Center

НИИ Ритма Сердца
Scientific Research Heart Rhythm Institute

XVIII ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ КАРДИОЛОГТАРЫНЫҢ КОНГРЕСІ
XVIII КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
XVIII CONGRESS OF CARDIOLOGISTS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Жүрек тек жүрекпен емделеді! (Н.В.Виноградов)
Сердце можно лечить только сердцем! (Н,В.Виноградов)
The heart can only be healed with the heart! (N.V.Vinogradov)

Содержание

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ. *Алмазбекова Канышай Алмазбековна[1], Полупанов Андрей Геннадьевич[2]*.....***5стр***

GUT MICROBIOME DYSBIOSIS AND METABOLITE ALTERATIONS IN HEART FAILURE: IMPLICATIONS FOR CARDIAC DYSFUNCTION AND CARDIORENAL SYNDROME. *Baurzhan Aipov1, Zharkyn Jarmukhanov,, Makhabbat Bekbossynova, Almagul Kushugulova, Salim Berkinbayev*.....***5 стр***

ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОК КАРДИОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. *Аманова А.А., Тлегенова Ж.Ш., Анесова Т. С., Бисенбаева С. Н., Әмір Г.С., Куртиев Э.М., Жолдин Б.К.*.....***6стр***

PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH LVAD IS A UNIQUE EXPERIENCE IN PATIENT MANAGEMENT AFTER MANY YEARS. *Darkhan Suigenbayev, Gulmira Seitzhanova, Akerke Auanassova*.....***7 стр***

LONG-TERM OUTCOMES FOLLOWING BENTALL AND DAVID PROCEDURES: A 10-YEAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE. *Argynkyzy D., Tolegenuly A., Kim J.B., Yerpashov A., Yelzhasov A*.....***7 стр***

БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ КАРОТИДНЫХ СТЕНТОВ. *Масаева Д.З., Сандодзе Т.С., Журавлёв А.С., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.*.....***8стр***

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОДНОМОМЕНТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ СЕПТАЛЬНОЙ АБЛЯЦИИ И ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА. *Киреева А.Ю., Лапочкина О.Б., Чернышева И.Е., Месяц Н.С., Пак Н.Л., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.*.....***9стр***

КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИБС У СИБСОВ МУЖСКОГО ПОЛА. *Камолов И.Х., Чернышева И.Е., Сандодзе Т.С., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.*.....***10стр***

РОЛЬ SST2 В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. *Қожабаева А.Д., Мансурова Д.А., Капакова М.А., Толеугазина А.*.....***10стр***

ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В КАЗАХСТАНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ И СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. *Меруерт Мурадалиева[1], Мурат Мукаров[1], Гульжамал Дуйсенбай[1], Назым Каргабаева[2], Акнур Жанболат[1], Анара Аббай[2]*.....***11стр***

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ
Мамытхан Н.Б., Досалы С.Т., Жанділла Н.Е......***12стр***

МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ (С) У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЦРБ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. *Салехова Д.С., Миндубаева Ф.А., Салехова М.П.*.....***14стр***

НАШ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОГО СУБТОТАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТЫ У ПАЦИЕНТА С АОРТОЭЛАСТОПАТИЕЙ (КРИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ИШЕМИЮ СПИННОГО МОЗГА. *Д.м.н Конысов М.Н, к.м.н Жантурганов М.А, Джумагалиева С.Б, Мадешов Е.К, Конысов А.А, Куандыков Е.А, Кадиров Ж.Е, Конысова С.А, Суесинов И.С, Таскалиев Ш.Б, Арапов М.А, Нурмаганбет А, Насыров Ж.Е, Лесулы Т, Акылов А.А, Саникиев К.Б*.....***15стр***

ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ Q – ПОЗИТИВНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА._Набок Д.Л, Тайжанова Д.Ж, Бокач А.Ю_.....***15стр***

AHRE – УГРОЗА ИЛИ ЛОЖНАЯ ТРЕВОГА? *Набок Д.Л, Тайжанова Д.Ж, Бокач А.Ю*.....***16стр***

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОННОЙ АРТЕРИИ. *Семитко С.П., Сандодзе Т.С., Попов Р.Ю., Степанов А.В., Камолов И.Х*.....***17стр***

СЕСТРИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. *Нұрсадықова М*.....***17стр***

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НЕАДГЕЗИВНЫМ ЭМБОЛИЗИРУЮЩИМ АГЕНТОМ._Асадов Д.А., Петровский Н.В., Фоменко В.В., Колединский,А.Г., Рапопорт Л.М., Семитко, С.П., Иоселиани Д.Г_.....***18стр***

ОСТРЫЙ ПЕРИКАРДИТ ПОСЛЕ ТЯЖЁЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ_.Ниязбеков Ш.К., Шагибекова Д.Я., Жақып А.К_.....***19стр***

РОЛЬ LVAD-КООРДИНАТОРА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ._Е.Б. Ерланулы_.....***20стр***

СРАВНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ЦИРКУЛЯЦИИ СО СТАНДАРТНЫМИ СИСТЕМАМИ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ._А.Н. Панков, А.В. Степанов, Б.Д. Волошин, В.В. Журавель, Н.В. Кучкина, С.П. Семитко, И.Е. Чернышева, Д.Г. Иоселиани_.....***21стр***

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ЧЕРЕЗ РАБОЧИЙ ПРОВОДНИК И ЭНДОКАРДИАЛЬНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА. *Степанов А.В., Камолов И.Х., Сандодзе Т.С., Чернышева И.Е., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г*.....***22стр***

СТРАТЕГИЯ МИНИ-ПЛЕГИИ КАК МЕТОД КАРДИОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. *Журавель В. В., Панков А. Н., Рафаели И. Р., Чернышова И. Е., Семитко С. П., Степанов А. В., Кучкина Н. В., Мелешко А. Д*.....***23стр***

EARLY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISORDERS AMONG YOUNG ADULTS: EXPERIENCE OF A REGIONAL CARDIOLOGY CENTER. *Sagtaganov Zhaksybek*.....***23стр***

NEW INTERNATIONAL GUIDELINES IN CARDIOVASCULAR DISEASE MANAGEMENT: MODERN PERSPECTIVES ON DIAGNOSIS AND TREATMENT. *Sagtaganov Zhaksybek*.....***24стр***

ОДНОКАНАЛЬНЫЙ ПАТЧ-ЭКГ РЕГИСТРАТОР В ДИАГНОСТИКИ ОТСРОЧЕННЫХ НАРУШЕНИЙ АВ ПРОВОДИМОСТИ ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТОРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА.Г.Р.Алиева , Нее Suk Min, Б.А.Ахыт, С.Т.Шарипова.....***25стр***

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ЗАМЕНА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С УСТРОЙСТВОМ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА . *Якубова В.Т, Балабекова А.К*.....***26стр***

ПРЕДИКТОРЫ СОХРАНЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. *Звонцова Ксения Михайловна*.....***27стр***

ВЛИЯНИЕ УСПЕШНОЙ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ТЯЖЕСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ.Царева О.В., Лапочкина О.Б., Чернышева И.Е., Сандодзе Т.С., Панков А.Н., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.....***27стр***

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РАННЕМ И СРЕДНЕСРОЧНОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДА. *Алмасбек А.А*.....***28стр***

АНТРАЦИКЛИН-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ С ТРОМБОЗОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТА С ЛИПОСАРКОМОЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.Оразалы Ұ.Ш., Касымова Р.Х.....***29стр***

ЖИЗНЬ МЕЖДУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАБИНЕТА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНОМ И ДИСТАНЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ.Дуйсенбина Ж.С.....***30стр***

ИНСТРУМЕНТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД. *Космагамбетова С*.....***31стр***

АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА УРОВНЕ ПМСП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА.Бегдилдаев А.Т., Джошибаев С.....***32стр***

ПАРТНЕРСТВО ВМЕСТО ИЕРАРХИИ: КАК ТАНДЕМ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ МЕНЯЕТ СОВРЕМЕННУЮ МЕДИЦИНУ КАЗАХСТАНА. *Г.Е. Надирбекова*.....***32стр***

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ПОЭТАПНЫХ ПРОЦЕДУР ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И СТЕНТИРОВАНИЕ

КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ИБС. *Иоселиани Д.Г., Лапочкина О.Б., Чернышева И.Е., Степанов А.В., Ковалева Е.Е., Сандодзе Т.С., Панков А.Н., Семитко С.П.*.....***33стр***

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В КАРДИОЛОГИИ: СЕСТРИНСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. *Оспанова Айсулу*.....***35стр***

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПО ДАННЫМ ИЗМЕРЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА. *Хощанов Е.Е., Риб Е.А., Садыкова Д.З., Бикташев Д.Б., Бектасова Б.Б., Бокаева А.А.*.....***35стр***

ФОРМИРОВАНИЕ КЛАССОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АУТОИММУННОГО ДИАБЕТА У ВЗРОСЛЫХ. *Тлеумагамбетова Б.Б., Кудабаева Х.И.* ***37стр***

РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: АНАЛИЗ ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ. *Елтаева А.Ж., Ғұмарова Д.Н.* ***38стр***

КОМБИНИРОВАННЫЙ БИОМАРКЕРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РЕСТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РАНЕЕ ВЫПОЛНЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. *Бошанов Ж.Б., Курманалина Г.Л., Жолдин Б.К., Медовщиков В.В., Ешниязов Н.Б. Көптілеуова Б.Д., Лұқпанова А.Е., Көшерова Ұ.Ж.* ***39стр***

УЛЬТРАВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭКГ В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИНХРОННОСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ. *Аскаркызы А., Мухатаева К.М.* ***39стр***

РОЛЬ ИНДЕКСИРОВАНИЯ ОБЪЕМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ К КВАДРАТУ РОСТА ДЛЯ ОЦЕНКИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКГ. *Ерназаров Ж.М., Ибрашев Т.Д., Егорова Е.В. Ибрагимова И.Н.*.....***40стр***

ПОЛИМОРФИЗМ CYP2C19*17 И РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ. *Калимбетова А.Б.*.....***41стр***

РОЛЬ БЕЛКА KLOTHO В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА. *Қожабаева А.Д., Мансурова Д.А., Касымова А.А., Жунуспекова А.С., Мансуров Д.Б.*.....***42стр***

СЕМЕЙНАЯ ГЕТЕРОЗИГОТНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. *Мағауина А.К.* ***43стр***

ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В КАЗАХСТАНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ И СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. *Мурадалиева М., Мукаров М., Дуйсенбай Г., Каргабаева Н., Жанболат А., Аббай А.*.....***43стр***

SUSTAINED FUNCTIONAL AND ECHOCARDIOGRAPHIC BENEFITS OF LEFT BUNDLE BRANCH AREA PACING IN HFREF: SIX-MONTH SUPER-RESPONDER ANALYSIS. *Мауленов Ш.М.*.....***44стр***

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Алмазбекова Канышай Алмазбековна[1],Полупанов Андрей Геннадьевич[2].
[1]Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызская Республика
[2]Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования: повысить эффективность контроля артериальной гипертензии методом динамического дистанционного наблюдения путем разработки и внедрения мобильного приложения на уровне первичного звена здравоохранения.
Материал и методы: в когортное сравнительное исследование со вмешательством включены 180 пациентов с артериальной гипертензией, обученные в школе гипертоников в возрасте 40–70 лет (средний возраст 53,5±7,15 лет; 102 женщин, 78 мужчин). Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 94 пациента (58 женщин, 36 мужчин), которые после обучения находились на дистанционном контроле с помощью мобильного приложения (основная группа). Вторую группу составили 86 пациентов (44 женщин, 42 мужчин), которые после обучения не находились на дистанционном наблюдении (контрольная группа)
Всем пациентам до включения в исследование и через 12 недель проведено клинический осмотр, физикальное обследование с определением антропометрических данных, лабораторных и инструментальных обследований, оценка приверженности пациента к медикаментозной терапии по тесту Мориски–Грина. Статистическая обработка данных проводилось при помощи SPSS 23.0.
Результаты: В основной группе в ходе четырех контрольных визитов выявлено снижение систолического артериального давления с 145 (130;150) до 120 (115;125) мм рт.ст. (p1-4<0,0001), диастолического артериального давления с 90 (85;100) до 80 (75;90) мм рт.ст. (p1-4<0,0001); уровень приверженности к терапии по тесту Мориски-Грина увеличился с 1(0;2,0) до 6 (4,0;7,0) баллов (p1-4<0,0001). Контроль артериального давления (АД) к 12 неделе наблюдения регистрировался у 84 % (p1-4<0,0001) пациентов, частота приема лекарственных препаратов в основной группе составило 96 % (p1-4<0,0001). В тоже время в контрольной группе значимых изменений со стороны уровней АД, частоты приема лекарственных препаратов и контроля АД значимых изменений не выявлено (p1-4>0,05)
Заключение: Дистанционный мониторинг артериального давления с применением мобильного приложения после обучения в школе гипертоников способствует значимому снижению систолического и диастолического АД, а также повышению приверженности к терапии, контролю АД и частоты приема лекарственных средств.
Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность к терапии, мобильное приложение, дистанционное наблюдение, суточное мониторирование артериального давления.

GUT MICROBIOME DYSBIOSIS AND METABOLITE ALTERATIONS IN HEART FAILURE: IMPLICATIONS FOR CARDIAC DYSFUNCTION AND CARDIORENAL SYNDROME

Baurzhan Aipov[1], Zharkyn Jarmukhanov[2, 4], Makhabbat Bekbossynova[3], Almagul Kushugulova[2, 3], Salim Berkinbayev[1]*
1 Department of Cardiology, Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Kazakhstan
2 Laboratory of Microbiome Center for Life Sciences, National Laboratory Astana Nazarbayev University, Kazakhstan
3 Heart Center, CF University Medical Center, Kazakhstan
4 Department of Biotechnology and Microbiology, LN Gumilyov Eurasian National University, Kazakhstan

Objectives: To characterize gut microbiome composition and microbial metabolite profiles (trimethylamine N-oxide, short-chain fatty acids) across heart failure phenotypes (with reduced, mildly reduced, and preserved

ejection fraction) and to determine the relative contributions of cardiac phenotype and renal function to gut metabolite dysregulation within the kidney-gut-heart axis.
Methods: We conducted a cross-sectional study of 356 HF patients (HFrEF, HFmrEF, HFpEF) at a tertiary cardiac center in Kazakhstan. Shotgun metagenomic sequencing, quantitative plasma TMAO measurement (LC-QTOF-MS), and fecal SCFA profiling were performed. Gut microbiome composition, functional metabolic pathways (HUMAnN 3.0), and metabolite levels were correlated with cardiac parameters (LVEF, NT-proBNP, NYHA class) and renal function (eGFR), using multivariable models adjusted for age, sex, and BMI.
Results: N-terminal pro-brain natriuretic peptide increased progressively from preserved (128 pg/mL) through mildly reduced (294 pg/mL) to reduced (845 pg/mL) ejection fraction ($p<0.0001$); estimated glomerular filtration rate was lower in the reduced ejection fraction group (79 vs. 95 mL/min/1.73 m²; $p=0.001$). Plasma trimethylamine N-oxide did not differ across phenotypes (13.3–14.3 μmol/L; $p=0.77$). Renal function emerged as the dominant driver: patients with estimated glomerular filtration rate <60 mL/min/1.73 m² had higher trimethylamine N-oxide (25 vs. 15 μmol/L; $p\leq0.0001$), distinct microbiome clustering (PERMANOVA: $F=2.2$; $p=0.003$), decreased acetic acid (70% vs. 75%) and increased propionic acid (22% vs. 17%) ($p<0.05$). Forty-seven taxa were associated with renal function versus 13 with ejection fraction. Reduced filtration correlated with depletion of short-chain fatty acid producers (Alistipes shahii, Clostridiales, Akkermansia muciniphila) and enrichment of pro-inflammatory taxa (Bacteroidaceae bacterium, Veillonella). Trimethylamine N-oxide correlated positively with interleukin-6 and inversely with estimated glomerular filtration rate.
Conclusions: Gut dysbiosis, elevated trimethylamine N-oxide, and disrupted short-chain fatty acid profiles are consistent features of heart failure, amplified by renal dysfunction. Trimethylamine N-oxide is a universal biomarker of gut-cardiac crosstalk whose accumulation is governed primarily by renal clearance rather than by ejection fraction. Restoring short-chain fatty acid-producing microbiota and reducing trimethylamine N-oxide generation represent promising microbiome-directed therapeutic targets across all heart failure phenotypes, preferably before significant renal function decline.
Keyword : Heart failure, Gut microbiome, TMAO, Short-Chain fatty acids, Kidney-Gut-Heart axis
Corresponding Author. : Baurzhan Aipov (baurjan9722@gmail.com)

ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОК КАРДИОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аманова А.А., Тлегенова Ж.Ш., Анесова Т. С., Бисенбаева С. Н., Әмір Г.С., Куртиев Э.М., Жолдин Б.К.
1 - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова
город Актобе, Республика Казахстан

Актуальность. Мониторинг фракции выброса (ФВ) и глобальной продольной деформации (GLS) миокарда левого желудочка (ЛЖ) является ключевым компонентом контроля кардиотоксичности при терапии антрациклинами. Для принятия обоснованных клинических решений, влияющих на прогноз пациентов, требуется высокая воспроизводимость эхокардиографических показателей.
Цель. Оценить внутри - и межисследовательскую воспроизводимость ФВ и GLS ЛЖ у пациенток с раком молочной железы (РМЖ), получающих химиотерапию на основе антрациклинов.
Материалы и методы. Трансторакальная эхокардиография выполнялась на сканере Vivid E95. ФВ ЛЖ измерялась бипланов ым методом по Симпсону. GLS оценивался методом двухмерного спекл-трекинга из стандартных апикальных позиций. Воспроизводимость измерений анализировали у 16 пациенток с РМЖ с использованием внутри - и межисследовательского коэффициента корреляции (ICC), коэффициента вариации (CoV) и анализа Бланда–Альтмана.
Результаты. Воспроизводимость GLS ЛЖ составила 0,94(95% ДИ:0,86 - 0,97) для внутриисследовательской и 0,90(95%ДИ:0,83 - 0,96) для межисследовательской согласованности при вариабельности измерений CoV 1,88% и 2,12%, соответственно. Для ФВ ЛЖ показатели воспроизводимости были ниже, а вариабельность – выше: внутри- и межисследовательская ICC составили 0,91(95% ДИ:0,82 - 0,94) и 0,89(0,78 - 0,94) при CoV 3,70% и 4,86%, соответственно. Анализ

Бланда - Альтмана подтвердил отсутствие значимой систематической ошибки: среднее смещение для GLS составило -0,119% (95%LoA:-1,44%;1,20%) и -0,263% (95%LoA:-2,18%; 1,66%) при внутри и межисследовательском анализе. Для ФВ ЛЖ данные показатели составили 0,063% (95%LoA:-3,25%;3,38%) и 0,625%(95%LoA:-2.32;3,57), соответственно.

Заключение. GLS продемонстрировал более высокую воспроизводимость и меньшую вариабельность по сравнению с ФВ ЛЖ. Это подтверждает его роль, как надежного инструмента для раннего выявления субклинической дисфункции миокарда у пациенток, получающих кардиотоксичную химиотерапию.

PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH LVAD IS A UNIQUE EXPERIENCE IN PATIENT MANAGEMENT AFTER MANY YEARS

Darkhan Suigenbayev, Gulmira Seitzhanova, Akerke Auanassova

Background:
Percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with left ventricular assist devices (LVADs) presents distinct challenges due to altered hemodynamics, anticoagulation requirements, and device-related considerations. Despite these complexities, PCI offers a minimally invasive option for managing coronary artery disease (CAD) in this high-risk population. Long-term management necessitates a multidisciplinary approach tailored to the evolving cardiovascular profile of each patient.

Case Presentation:
We report a case of a patient with ischemic cardiomyopathy and extensive coronary artery disease, supported by a durable LVAD implanted in 2017 as a bridge to transplantation. Over a span of several years, the patient experienced recurrent ischemic events- including unstable angina and restenosis after prior stent placements- despite optimal medical therapy. Notably, in 2025, the patient underwent successful PCI of recurrent coronary lesions, achieved through careful peri-procedural planning that accounted for LVAD-related hemodynamic considerations, anticoagulation management, and device-specific procedural strategies.

Discussion:
This case illustrates that PCI can be performed safely and effectively in patients with long-term LVAD support. Critical procedural aspects include maintaining hemodynamic stability during interventions, adjusting anticoagulation to balance bleeding and thrombotic risks, and seamless coordination among cardiology, cardiac surgery, and critical care teams. Successful revascularisation in this context can lead to improved symptom relief, decreased hospitalisation rates, and better timing for transplantation eligibility. Moreover, it underscores the potential for durable, minimally invasive revascularisation strategies even in the context of advanced mechanical circulatory support.

Conclusion:
Our long-term experience confirms that PCI is a viable and safe revascularisation approach in LVAD patients, even after many years of support. Personalising treatment plans- considering patient-specific anatomy, device characteristics, and clinical status- is essential to optimising outcomes. These findings support the expanding role of PCI as a cornerstone of comprehensive care in this complex patient group, emphasising the importance of multidisciplinary collaboration and aindividualised patient management.

LONG-TERM OUTCOMES FOLLOWING BENTALL AND DAVID PROCEDURES: A 10-YEAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Argynkyzy D., Tolegenuly A., Kim J.B., Yerpashov A., Yelzhasov A.
[1]National Scientific Medical Center, Astana
[2]Asan Medical Center, Seoul

Objective: To compare clinical outcomes, perioperative characteristics, and 10-year survival between patients undergoing composite aortic root replacement (Bentall) and valve-sparing root replacement (David).

Materials and methods: We retrospectively analyzed 276 patients operated at a single center between 2014 and 2024 (Bentall: n=146; David: n=130). Exclusion criteria included acute type A dissection, active endocarditis, and heritable connective tissue disorders. Long-term survival was assessed using the Kaplan–Meier method with a median follow-up of 5,2 years and 93,1% completeness.
Results: Bentall patients were significantly older (62,4±9,8 vs 50,9±15,3 years, p<0,001) and had lower ejection fraction (49,8±8,8% vs 56,4±6,9%, p<0,001). Operative times were longer in the David group (cross-clamp time: 116,3±27,1 vs 88±33,9 min, p<0,001). Postoperative hemodynamics favored the David procedure with lower mean transvalvular gradients (11,7±6,6 vs 27,9±23,9 mmHg, p<0,001). Overall 10-year survival was high and comparable between groups (Bentall: 94,5%; David: 96,2%; log-rank p=0,27).
Conclusion: Both procedures provide excellent long-term survival exceeding 93% at 10 years. The David procedure offers superior hemodynamic advantages for younger patients, whereas the Bentall procedure remains a reliable option for older, higher-risk patients. The use of stentless bioprosthetic conduits in Bentall procedures may further optimize outcomes in patients with non-salvageable valves.

БЛИЖАЙШИЕ И СРЕДНЕ-ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ КАРОТИДНЫХ СТЕНТОВ

Масаева Д.З., Сандодзе Т.С., Журавлёв А.С., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.
(Научно-Практический Центр Интервенционной Кардиоангиологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет) МЗ РФ, Россия, Москва)

Актуальность: Стентирование сонных артерий является эффективным методом лечения и профилактики ишемического инсульта головного мозга. На сегодняшний день для этих целей существуют несколько видов каротидных стентов в зависимости от типа конструкции: с открытой ячейкой, закрытой ячейкой, гибридные стенты и стенты нового поколения с двухслойной структурой (Duble-mach, стенты C-Guard). Выбор стента зависит от анатомических особенностей и морфологии атеросклеротической бляшки. Учитывая сказанное, является важным проведение сравнительной оценки эффективности и безопасности разных типов каротидных стентов.
Цель работы: Сравнить клинические и ангиографические результаты стентирования при использовании различных каротидных стентов.
Материалы и методы: В исследование были включены 170 пациентов с унилатеральным стенозом ВСА≥70%. Использовались стент-системы: «Protégé» (eV3); «Acculink» (Abbot Vascular); «Wallstent» (Boston Scientific), «Precise» (Cordis), «Cristallo» (Invatec), «Casper» (Terumo), «CGuard Carotid EPS» (Inspire MD), «EucatechAG», «S.M.A.R.T. Control» (Cordis), «Assurant» (Medtronic). Впоследствии пациенты были разделены на две группы в зависимости от типа ячейки имплантированного стента. Для оценки состояния сонных артерий проводилось УЗИ и/или МСКТ с контрастированием (до вмешательства, через 3–7 дней и через год). 92 пациентам провели оптическую когерентную томографию (ОКТ) сетчатки до и после операции для оценки гемодинамики микроструктур головного мозга.
Результаты: Тип стента не оказывал влияние на частоту развития таких осложнений как ТИА и ОНМК в интраоперационном периоде (ТИА в группе стентов с открытой ячейкой: 5% против 4,6%; ОНМК: 2,8% против 1,6%; p>0,05).
В отдалённом периоде частота рестеноза, инсульта и летальности была низкой в обеих группах и статистически не отличалась (рестеноз- 7,4% против 6,5%; ОНМК - 4,6% против 1,6%; смерть - 3,7% против 3,2%, все p>0,05).
После вмешательства отмечено значимое улучшение показателей ОКТ сетчатки в обеих группах: (VAD DCP MZ 6×6 мм и VSD DCP MZ 6×6 мм) в ипсилатеральных (p =0,01 и < 0,01) и контрлатеральных (p = 0,03 и 0,01) глазах — признак улучшения микроциркуляции сетчатки. Постдилятация стента повышала степень его раскрытия (ESCT 50 %) в 96,3%
(156/162) по сравнению с теми случаями, когда она не выполнялась - 75 % (6/8) без неё (P = 0,047).

Заключение/выводы: Эффективность стентирования сонных артерий не зависит от типа имплантированного стента. ОКТ сетчатки может быть удобной моделью оценки микроциркуляции структур головного мозга до и после стентирования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОДНОМОМЕНТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ СЕПТАЛЬНОЙ АБЛЯЦИИ И ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Киреева А.Ю., Лапочкина О.Б., Чернышева И.Е., Месяц Н.С., Пак Н.Л., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Пациентам с тяжелым аортальным стенозом и обструкцией выводного тракта левого желудочка (ВТЛЖ) показано хирургическое лечение в объеме протезирования аортального клапана и миоэктомии. При крайне высоком хирургическом риске возможным вариантом лечения является транскатетерная имплантация аортального клапана (ТИАК) и алкогольная септальная абляция (АСА). Предпочтительным подходом в настоящее время является поэтапное устранение субаортального препятствия (АСА) с последующей ТИАК. При этом, риски неблагоприятных событий в период ожидания второго этапа лечения (особенно при критическом аортальном стенозе) могут быть неприемлемо высоки.
Цель: оценить техническую возможность, эффективность и безопасность одномоментного выполнения АСА и ТИАК у пациента крайне высокого хирургического риска
Материалы и методы. Пациентка 71 года с сахарным диабетом 2 типа, хронической болезнью почек IV стадии обратилась с жалобами на головокружение, одышку (NYHA IV), обмороки. По данным эхокардиографии (ЭХО КГ) выявлен критический аортальный стеноз (скорость 6,1 м/с, средний градиент давления (СГД) 84 мм рт ст, площадь отверстия 0,4 см^2) и S-образная гипертрофия межжелудочковой перегородки (МЖП) до 18 мм с обструкцией ВТЛЖ (максимальный градиент давления (МГД) 52 мм рт ст). При коронарографии выявлен диффузный атеросклероз без значимых сужений. Определен высокий хирургический риск (EuroSCORE II 11%), принято решение выполнить одномоментно АСА и ТИАК. После выбора афферентной септальной ветви, суперселективно введено 2,0 мл 96% этанола. По ЭХО КГ отмечено появление острого гипокинеза базального сегмента МЖП и снижение МГД в ВТЛЖ с 52 до 22 мм рт ст. Далее был успешно имплантирован баллонрасширяемый протез аортального клапана, после чего отмечено усиление переднесистолического движения створок митрального клапана с увеличением МГД в ВТЛЖ до 50 мм рт ст. Появилась AV-блокада с проведением 2:1, 3:1, что потребовало временной, а затем и постоянной электрокардиостимуляции.
Результаты. К 3-им суткам обструкция ВТЛЖ значимо регрессировала со снижением МГД до 10 мм рт ст. На 6-е сутки пациентка была выписана с улучшением без клиники недостаточности кровообращения.
Через месяц отмечался удовлетворительный результат выполненных вмешательств (в ВТЛЖ МГД в покое 9 мм рт ст, на пробе Вальсальвы – 11 мм рт ст; на протезе аортального клапана СГД 7 мм рт ст).
Выводы. Представленный клинический случай продемонстрировал возможность эффективного и безопасного одномоментного выполнения АСА и ТИАК у пациентов с критическим аортальным стенозом и обструкцией ВТЛЖ в случае, когда разобщение этапов коррекции сочетанной патологии не приводит к снижению риска кардиальных событий.

КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИБС У СИБСОВ МУЖСКОГО ПОЛА

Камолов И.Х., Чернышева И.Е., Сандодзе Т.С., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация. Развитие ИБС у близких родственников обусловлено взаимодействием генетических факторов и условий внешней среды. При этом, степень идентичности коронарной анатомии и атеросклеротического процесса у родных братьев до сих пор остается за пределами исследовательского интереса.

Цель. Изучение идентичности коронарной анатомии, локализации и характера коронарного атеросклероза и клинического течения ИБС у сибсов мужского пола.

Материалы и методы. В исследование вошли 43 пары (86 пациента) сибсов мужского пола с документированной ишемической болезнью сердца. Для оценки коронарного русла в каждой паре пациентов анализировались 25 сегментов коронарных артерий (калькулятор SyntaxScore). Для каждой пары производился подсчет количества анатомически сходных сегментов и количество сегментов, имеющих идентичное атеросклеротическое поражение. На основании отношения количества идентичных сегментов к их общему количеству (n/25) для каждой пары рассчитывались Индексы Анатомической и Атеросклеротической Идентичностей (ИАнИ и ИАтИ соответственно). Для контрольного сравнительного анализа в исходных парах сибсов в случайном порядке произведена замена младших братьев между собой, тем самым, в отличие от основной группы, в контрольных парах отсутствовала родственная связь.

Результаты. Исследование показало, что показатели ИАнИ и ИАтИ в среднем были достоверно выше в парах сибсов, по сравнению с контрольными неродственными парами пациентов (0,92 против 0,84, $p=0,008$ и 0,88 против 0,8; $p<0,001$ соответственно). При анализе характера атеросклеротических поражений коронарных артерий в парах сибсов было также выявлено статистически значимая идентичность поражений целого ряда сегментов коронарных артерий, с максимально высоким согласием для ствола ЛКА ($к=0,817$, $p<0,001$) и для проксимальных сегментов основных ветвей коронарного русла: ПМЖВ ($к=0,718$, $p<0,001$) и ПКА ($к=0,739$, $p<0,001$). В группе контрольных пар анатомическая и атеросклеротическая идентичность была достоверно ниже.

Выводы. У сибсов с горизонтальной наследственной отягощенностью по ИБС индексы анатомической и атеросклеротической идентичностей достоверно выше по сравнению с контрольными парами. В парах сибсов отмечается достоверно большая вероятность идентичного поражения коронарного русла в стволе ЛКА и в проксимальных сегментах ПМЖВ и ПКА.

Ключевые слова: анатомия коронарных артерий, локализация коронарного атеросклероза, сибсы, родные братья, ишемическая болезнь сердца.

РОЛЬ SST2 В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Қожабаева А.Д., Мансурова Д.А., Капакова М.А., Толеугазина А.
НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан

Цель. Оценить роль ST2 в развитии неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у пациентов с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства.

Материалы и методы. В настоящее проспективное исследование включались пациенты с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства, госпитализированные в кардиологическое отделение БСМП г. Семей в период с сентября 2025 по март 2026 года. Уровень sST2 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ELISA).

Результаты. В исследование были включены 86 пациентов с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства. При проведении множественного линейного регрессионного анализа установлено, что уровень sST2 статистически значимо ассоциировался со шкалой GRACE (β=0,052; p<0,001) и уровнем интерлейкина-6 (β=0,029; p<0,001). Также выявлена обратная взаимосвязь sST2 с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (β=-0,128; p=0,050). Полученная регрессионная модель была статистически значимой (p<0,001), коэффициент корреляции составил r=0,614, что соответствовало заметной тесноте связи по шкале Чеддока. Модель объясняла 37,7% наблюдаемой дисперсии уровня sST2.

Заключение. Повышение уровня sST2 у пациентов с ОКС после ЧКВ ассоциировалось с увеличением воспалительной активности, более высоким риском по шкале GRACE и снижением фракции выброса левого желудочка. Полученные данные свидетельствуют о возможной роли sST2 в развитии неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и подтверждают его потенциальное значение как прогностического биомаркера у пациентов с ОКС после ЧКВ.

ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В КАЗАХСТАНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ И СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Меруерт Мурадалиева[1], Мурат Мукаров[1], Гульжамал Дуйсенбай[1], Назым Каргабаева[2], Акнур Жанболат[1], Анара Аббай[2]

[1]Отделение кардиологии, Центр Сердца, University Medical Center, Астана, Казахстан
[2]Департамент Медицины, Школа Медицины Назарбаев Университета, Астана, Казахстан

Введение: Данные о легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) в странах Центральной Азии остаются ограниченными. Целью исследования было изучение клинического профиля, гемодинамических характеристик, выживаемости и динамики стратификации риска у пациентов с ЛАГ, наблюдавшихся в национальном референсном центре Казахстана.

Методы: Проведен ретроспективный анализ 348 выписных эпикризов пациентов с госпитализацией по поводу ЛАГ (ICD-I27.0) за период 2020-2024 гг. После исключения повторных госпитализаций в исследование были включены 240 уникальных пациентов: идиопатическая ЛАГ (ИЛАГ, n=131), ЛАГ, ассоциированная с врожденными пороками сердца (ЛАГ-ВПС, n=91), и другие формы ЛАГ (n=18). Анализировались исходные демографические, клинические, эхокардиографические, лабораторные и гемодинамические показатели катетеризации правых отделов сердца. Анализ выживаемости выполнялся методом Каплана-Мейера с использованием log-rank теста. В подгруппе из 60 пациентов с повторными госпитализациями оценивалась динамика функциональных и риск-стратификационных параметров.

Результаты: В исследуемой когорте преобладали женщины (81,3%), средний возраст составил 40,4±14,3 года. Большинство пациентов имели выраженные симптомы заболевания: III–IV функциональный класс ВОЗ выявлен у 66,3% пациентов. Медиана времени от появления симптомов до обследования в специализированном центре ЛАГ составила 6,0 лет (IQR 2,0-10,0). Пациенты с ЛАГ-ВПС характеризовались более низкой сатурацией кислорода (93,0% против 96,0% при ИЛАГ, p=0,004), более высоким уровнем гемоглобина (143,1±28,5 против 127,8±23,4 г/л, p <0,001) и более высоким сердечным индексом (3,8±3,5 против 2,6±1,0 л/мин/м², p=0,009). Эхокардиографически выявлены значимые различия индекса конечно-диастолического и конечно-систолического объемов левого желудочка между группами (p=0,007 и p=0,006 соответственно), тогда как показатели ремоделирования правого желудочка существенно не различались. Среднее давление в легочной артерии составило 49,8±17,0 мм рт.ст., легочное сосудистое сопротивление 10,0±7,1 ед.Вуда. Анализ Каплана–Мейера не выявил статистически значимых различий выживаемости между этиологическими группами ЛАГ (log-rank p=0,062). В то же время стратификация риска по шкале COMPERA 2.0 четко разделяла пациентов по выживаемости; при этом наиболее низкая выживаемость наблюдалась в группе высокого риска. При динамическом наблюдении отмечено значимое увеличение базального диаметра правого желудочка (4,34±1,25 против 4,98±1,20 см, p=0,008) и индекса конечно-систолического объема левого желудочка

(13,8±7,7 против 16,2±7,6 мл/м², p=0,005), тогда как сердечный индекс увеличился в процессе наблюдения (2,50±0,59 против 2,79±0,61 л/мин/м², p=0,002).
Заключение: Данное исследование представляет одну из первых реальных когорт пациентов с ЛАГ в Центральной Азии. Для пациентов были характерны поздняя диагностика и выраженные функциональные нарушения на момент первичного обращения. Стратификация риска по COMPERA 2.0 эффективно прогнозировала выживаемость, а динамическое наблюдение выявило прогрессирование ремоделирования правого желудочка несмотря на современную ЛАГ-специфическую терапию. Полученные результаты подчеркивают необходимость более раннего направления пациентов в специализированные центры и создания национального регистра ЛАГ в Казахстане.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ

Мамытхан Н.Б.[1], Досалы С.Т.[1], Жанділла Н.Е.2
1 НАО «Центр сердца Шымкент»
2 МЦ «Хадиша»

Аннотация
Инфаркт миокарда — это некроз миокарда, развивающийся вследствие длительной острой ишемии. Чаще заболевание встречается у лиц старше 45 лет, однако в последние годы отмечается рост заболеваемости среди пациентов молодого возраста. В статье представлен клинический случай 22-летнего пациента, поступившего в отделение реанимации с диагнозом «острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST». Пациент предъявлял жалобы на впервые возникшие ангинозные боли при физической нагрузке. При этом у него отсутствовали типичные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. По данным коронарографии выявлен неокклюзирующий тромбоз в проксимальной трети передней нисходящей артерии. Представленный клинический случай демонстрирует важность тщательного обследования молодых пациентов с болями в грудной клетке, которые нередко ошибочно трактуются как патология других органов и систем. Отсутствие известных факторов риска не исключает вероятность развития инфаркта миокарда, а комплексное обследование позволяет избежать гиподиагностики острого коронарного синдрома.
Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, факторы риска, молодой возраст.
Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов
Последние годы инфаркт миокарда (ИМ) стало чаще встречаться у молодых людей. Как правило, ИМ у людей старше 40-45 лет (мужчины >45, женщины >55 лет) [1]. У молодых заболеваемость с ИМ ранее составляла всего 2-6%, но в последние 10 лет начала расти. Это показывает необходимость внимательного отношения врачей к данной группе пациентов во избежание гиподиагностики острого коронарного синдрома (ОКС) и развития фатальных осложнений [2].
Мужчина, 22 года, поступил 07.01.2026 года с предварительным диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. По анамнезу, во время тренировки, внезапно стал отмечать давящие боли за грудиной, с иррадиацией в левую руку, возникшие при физической нагрузке, а именно при ходьбе на 100 м, длящиеся 5-7 мин. В связи с прогрессированием ангинозных боли, тренером вызван сотрудники скорой медицинской помощи (СМП). Инфекционные заболевания, в т. ч. коронавирусную инфекцию, последние месяцы не переносил. Из сопутствующих диагнозов пациент не отмечал. Повышения артериального давления не отмечал. Семейный анамнез по сердечно- сосудистым заболеваниям не отягощен. Таким образом, факторы риска (ФР), такие как курение, употребление алкоголя или наркотических веществ, ожирение, малоподвижный образ жизни (пациент является профессиональным футболистом), а также сопутствующая патология сердечно- сосудистой системы, были надежно исключены. Также пациент исключает вредные условия труда. С бригадой СМП доставлен в больницу. Догоспитальная помощь согласно по протоколу ОКС. На момент поступления общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, кожные покровы нормальной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 75 уд/мин, артериальное давление 120/65 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 18-20 раз в 1 мин. Подкожно- жировая клетчатка развита умеренно. Масса тела 75 кг, рост 175 см,

индекс массы тела 24,8 кг/м2, что соответствует нормальной массе тела. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
Электрокардиограмма (ЭКГ) при СМП – элевация сегмента ST по передней стенки (V1-V3). Но на ЭКГ приемного отделения сегмент ST на изолинии (преходящяя элевация).
Высокочувствительный тропонин при поступлении 0,639 нг/л, при норме 0-0,3 нг/л, что позволило ставить диагноз "STEMI (ST-segment Elevation Myocardial Infarction) ". Пациент госпитализирован и в экстренном порядке была проведена коронарография (КАГ) 07.01.2026г. По результатам КАГ: тип кровообращения правый, на ПНА в проксимальной треть выявлен не окклюзирующий тромбоз TIMI-III. На месте в операционной, созван консилиум.
Учитывая молодой возраст, отсутствие факторов риска, отсутствие болевого синдрома, не окклюзирующий тромбоз с TIMI-III рекомендовано медикаментозная терапия и провести повторный КАГ в динамике. Дальнейшее лечение проходило в кардиологическом отделении, где проводилась оптимальная медикаментозная терапия (антикоагулянты, дезагреганты, бета-блокаторы, статины, ингибиторы протонной помпы, блокаторы кальциевых каналов). Пациент отметил существенное улучшение состояния, ангинальные боли не рецидивировали. В динамике на ЭКГ отмечается появление отрицательных зубцов Т в отведениях II, III, V1-V5.
По данным лабораторных исследований при поступлении отмечались лейкоцитоз до $16,8\times10^9$/л с последующим снижением в динамике до $9,4\times10^9$/л, повышение гематокрита до 52,8% и уровня высокочувствительного тропонина до 0,639 нг/л. В липидном профиле выявлена умеренная гиперхолестеринемия: общий холестерин - 5,21 ммоль/л, ЛПНП -3,6 ммоль/л. При исследовании кислотно-основного состояния венозной крови выявлен ацидоз с повышением уровня лактата (pH 7,19; лактат - 4,5 ммоль/л) с последующей положительной динамикой на фоне терапии.
Остальные анализы: коагулограмма, общий анализ мочи без особенностей.
Данные эхокардиографии от 07.01.2026: Уплотнение стенок корня и восходящего отдела аорты. Дилатация ЛП, ЛЖ. Конечно- диастолический размер левого желудочка 53 мм, конечно-систолический размер 37 мм, конечно- систолический объем 65 мл, конечно- диастолический объем 163 мл. Фракция выброса 60%. Диастолическая дисфункция ЛЖ I степени.
На 7 сутки, 15.01.2026г. пациенту повторно проведена КАГ, по результатам не окклюзирующий тромбоз коронарных артерий. Пациент выписался из стационара 16.01.2026 в удовлетворительном состоянии и рекомендациями по дальнейшему лечению у кардиолога.

Обсуждение

У пациента выявлены отдельные факторы риска ишемической болезни сердца: мужской пол и повышенный уровень холестерина [3,4]. В то же время возраст пациента не предполагал наличия классических клинических проявлений ИБС [5]. Наиболее вероятным фактором, который мог спровоцировать развитие инфаркта миокарда у данного пациента, являются длительные (более 10 лет) занятия спортом: пациент является профессиональным футболистом [6]. Это, вероятно, могло способствовать повышению уровня гемоглобина, эритроцитов и гематокрита в крови, поскольку подобные изменения могут наблюдаться у лиц, активно занимающихся спортом. Увеличение числа эритроцитов может приводить к повышению вязкости крови и замедлению кровотока, что, в свою очередь, способствует созданию условий для тромбообразования и могло сыграть роль в развитии тромбоза у данного пациента. Кроме того, при развитии ОКС у пациентов молодого возраста необходимо учитывать широкий спектр возможных причин, включая коронарный вазоспазм, тромбофилические состояния, спонтанную диссекцию коронарных артерий, воспалительные заболевания миокарда, а также употребление психоактивных веществ. Несмотря на отсутствие убедительных данных в пользу перечисленных состояний, полностью исключить их в рамках данного наблюдения не представляется возможным.

Заключение

Инфаркт миокарда у лиц молодого возраста встречается относительно редко, однако его частота в последние годы увеличивается. Отсутствие классических факторов риска и атипичное течение заболевания могут приводить к поздней диагностике. Представленный случай подчёркивает необходимость высокой клинической настороженности при оценке болевого синдрома в грудной клетке у молодых пациентов. Отмечаются факты неправильной интерпретации ЭКГ у данной категории пациентов, что может быть связано с недооценкой роста заболеваемости ишемической болезнью сердца в данной группе [7]. Следует учитывать особенности этой категории пациентов: высокая толерантность

к физическим нагрузкам не исключает наличие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. К основным возможным причинам, рассматриваемым у молодых пациентов, относятся чрезмерная физическая нагрузка и гиперкоагуляция [8]. Тактика ведения молодых пациентов с инфарктом миокарда не отличается от таковой у пациентов более старшего возраста. Понимание механизмов развития инфаркта миокарда в данной категории пациентов важно для выявления групп риска, профилактики заболевания, его осложнений и инвалидизации [9]. Представленный случай демонстрирует ограниченное количество данных и клинических наблюдений инфаркта миокарда у молодых пациентов, что обусловливает необходимость дальнейших исследований в данном направлении.

МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ (С) У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЦРБ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Салехова Д.С., Миндубаева Ф.А., Салехова М.П.
1,2 Карагандинский медицинский университет, 3КГП Центральная районная больница Абайского района, Казахстан

Фибрилляция предсердий (ФП) — одна из наиболее распространенных аритмий. Параллельно с увеличением продолжительности жизни отмечается рост заболеваемости ФП и связанных с ней осложнений. В последнее время особое внимание уделяется иммунно-воспалительным реакциям как патогенетическому фактору развития и прогрессирования ФП. Среди маркеров воспаления особая роль отводится С-реактивному белку (СРБ) — белку острой фазы воспаления, синтезируемому в печени под влиянием интерлейкина-6, интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли. СРБ является наиболее доступным и чувствительным лабораторным маркером воспаления, особенно в условиях ЦРБ.
*Цель работы — анализ уровня СРБ у пациентов, госпитализированных с ФП и её о*сложнениями.
Материал и методы. Ретроспективно проанализированы данные 75 пациентов с неревматической ФП (перманентная и длительно персистирующая формы), госпитализированных в 2024-2025 году в терапевтическое отделение и отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (АРИТ) ЦРБ. Мужчин — 24 (32%), женщин — 51 (68%), средний возраст — 73±7,8 года (от 50 до 90 лет). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — у 69 (92%), артериальная гипертония (АГ) — у 60 (80%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 39 (52%), дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — у 9 (12%), сахарный диабет (СД) 2 типа — у 21 (28%). Уровень СРБ определялся в сыворотке крови натощак на анализаторе Bio System BA 400 по стандартной методике.
Результаты. Нормальных показателей СРБ не выявлено ни у одного пациента. Пациенты, госпитализированные в ОАРИТ с острой сердечной недостаточностью (ОСН) на фоне тахисистолической формы ФП, имели уровень СРБ в среднем 778,8 мг/л (313-1834 мг/л), что обусловлено развившейся застойной пневмонией. У пациентов с прогрессированием ХСН стадии С уровень СРБ составил 33,8±24,9 мг/л, стадии Д — 69,6±20,4 мг/л; значительное повышение объясняется выраженным застоем, асцитом и массивными отеками с развитием вторичных воспалительных изменений. У 12 пациентов с вторичной прогрессирующей стенокардией уровень СРБ составил 8,86±2,3 мг/л при ХСН не выше II функционального класса по NYHA.
Заключение. У всех госпитализированных пациентов с ФП выявлено значительное повышение СРБ. Установлена зависимость степени его повышения от выраженности ХСН при поступлении. Полученные данные обосновывают проведение более крупного исследования, а при подтверждении результатов — целесообразность определения СРБ на догоспитальном этапе для оценки прогноза пациентов с ФП и ХСН.

НАШ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОГО СУБТОТАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТЫ У ПАЦИЕНТА С АОРТОЭЛАСТОПАТИЕЙ (КРИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ИШЕМИЮ СПИННОГО МОЗГА)

Д.м.н Конысов М.Н, к.м.н Жантурганов М.А, Джумагалиева С.Б, Мадешов Е.К, Конысов А.А, Куандыков Е.А, Кадиров Ж.Е, Конысова С.А, Суесинов И.С, Таскалиев Ш.Б, Арапов М.А, Нурмаганбет А, Насыров Ж.Е, Лесулы Т, Акылов А.А, Саникиев К.Б
КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр»

Представлен опыт двухэтапного хирургического лечения и полностью открытой субтотальной реконструкции аорты (восходящая грудная и торакоабдоминальная аорта) биологическим клапан-содержащим кондуитом в восходящую грудную аорту (операция Бентала ДеБоно) по поводу острого расслоения аорты 1 типа по Стенфордской классификации на первом этапе, и на втором этапе (через 4 мес после первой операции) -операции Косселли (протезирование нисходящей грудной и торакоабдоминальной аорты с имплантацией в протез критических межреберных (спинальных) артерий и раздельным линейным протезированием чревного ствола, верхней брыжеечной, правой/ и левой почечной артерии (составным on table протезом Косселли) и обеих общих подвздошных артерий. На этапе реконструкции нисходящей грудной и ТАА операция проводилась в условиях нормотермического периферического вспомогательного ИК и раздельной кровяной селективной перфузии ветвей брюшной аорты (ЧС, ВБА, обе ПА), с мониторированием основных показателей центральной гемодинамики и ликворного спинномозгового давления (СД), в условиях однолегочной ИВЛ.
В послеоперационном периоде имеет место серьезное послеоперационое осложнение в виде нижней параплегии вследствие нарушения спинального кровообращения, проводится терапия и реабилитационное лечение данного осложнения.
С целью профилактики подобного рода осложнений представлен оптимальный мультимодальный подход для коррекции спинальных ишемических повреждений при реконструктивных операциях на торакоабдоминальной аорте включающий в себя мониторинг спинального ликворного давления и основных параметров центральной гемодинамики на всех этапах операции и в послеоперационном периоде а также включения в протез критических межреберных (спинальных) артерий и дистальной селективной перфузии внутренних органов без гипотермической поддержки.
Данное вмешательство и выбранный подход в лечении у пациента с аортоэластопатией на наш взгляд требует многогранной критической оценки имеющих место послеоперационных осложнений у этой категории больных и дальнейшее развитие этого сложного направления в сердечно-сосудистой хирургии.

ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ Q – ПОЗИТИВНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.

[2]Набок Д.Л, [1]Тайжанова Д.Ж, [2]Бокач А.Ю,
[1]НАО «Карагандинский медицинский университет», г.Караганда
[2] КГП «Многопрофильная больница №2», г.Караганда

Цель: определить клинико-ангиографические факторы ремоделирования левого желудочка , формирования аневризмы и выживаемости после Q-позитивного инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка.
Материалы и методы : Проведено ретроспективно-проспективное когортное исследование (n=434; 62,7±11,6 лет; 62,5% мужчин). Медиана наблюдения — 73,5 [65,3; 81,3] месяцев. Анализировались уровень поражения передней нисходящей артерии (LAD), многососудистое поражение, индекс события и эффективность реперфузии (TIMI). Ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) оценивалось по данным эхокардиографии в отдалённом периоде. Повторная эхокардиография не проведена у 107 пациентов: они исключены из анализа ремоделирования и аневризмы, включены в анализ выживаемости.

Результаты : Среди пациентов с доступными эхокардиографическими данными (n=214) неблагоприятное ремоделирование ЛЖ выявлено у 57,9%, аневризма — у 20,1%. Проксимальное поражение LAD ассоциировалось с ремоделированием (OR=3,52; p<0,001) и аневризмой (OR=1,70; p=0,012), многососудистое поражение — с ремоделированием (OR=1,82; p=0,035) и аневризмой (OR=1,82; p=0,005). Сахарный диабет увеличивал риск ремоделирования (OR=2,54; p=0,001).
Индекс конечно-систолического объёма (ESVi) был выше при ремоделировании (p=0,012) и являлся его независимым предиктором (OR=1,03; p=0,019). В отношении аневризмы ESVi продемонстрировал высокую прогностическую значимость (AUC=0,855); значение ≥35 мл/м² увеличивало риск её формирования в 18,8 раза (p<0,001).
В многофакторном анализе предикторами ремоделирования являлись ESVi (OR=1,03), проксимальное поражение LAD (OR=5,09) и сахарный диабет (OR=3,34). Для аневризмы — ESVi (OR=1,08), тогда как достижение полной реперфузии (TIMI 3) оказывало выраженный протективный эффект (OR=0,27).
За период наблюдения зарегистрировано 113 летальных исходов, из которых 46% были сердечно-сосудистыми. Возраст являлся ключевым фактором прогноза (OR=1,07; p<0,001); риск смертности возрастал в 7,6 раза у пациентов 60–75 лет и в 19 раз — старше 75 лет.
Выводы : Ремоделирование и аневризма ЛЖ после Q-позитивного инфаркта миокарда передней стенки ЛЖ формируются под влиянием как анатомических (проксимальное поражение LAD), так и клинических факторов (сахарный диабет). ESVi является ключевым независимым предиктором ремоделирования и аневризмы: увеличение ESVi на 1 мл/м² сопровождается ростом риска ремоделирования на 3% и аневризмы на 8%, тогда как значение ≥35 мл/м² увеличивает риск формирования аневризмы в 18,8 раза. Восстановление полноценного коронарного кровотока оказывает защитный эффект, тогда как возраст остаётся основным фактором, определяющим выживаемость пациентов.

AHRE – УГРОЗА ИЛИ ЛОЖНАЯ ТРЕВОГА?

[1]Набок Д.Л, [1]Тайжанова Д.Ж, [2]Бокач А.Ю.
[1]НАО «Карагандинский медицинский университет», г. Караганда
[2] КГП «Многопрофильная больница №2», г. Караганда

Цель: оценить частоту трансформации эпизодов предсердной высокочастотной активности в фибрилляцию предсердий и определить факторы риска её развития.
Материалы и методы : Ретроспективное сравнительное исследование (n=135; 2020–2025 гг.). Основная группа — 45 пациентов с эпизодами предсердной высокочастотной активности (AHRE), контрольная — 90 без AHRE. Группы сопоставимы по возрасту (66,6 и 64,1 года) и полу. Включены пациенты с имплантированными электрокардиостимуляторами или суточным мониторированием ЭКГ. Исключались пациенты с ранее верифицированной фибрилляцией предсердий (ФП), трепетанием предсердий и другими значимыми нарушениями ритма.
Результаты : Фибрилляция предсердий развивалась достоверно чаще у пациентов с AHRE, риск был выше в 2,1 раза (RR=2,1; p<0,05). Среднее время трансформации AHRE в ФП различалось по полу: у мужчин — 10,8 мес., у женщин — 5,2 мес. (log-rank p<0,05), что указывает на более быстрое развитие ФП у женщин.
Коморбидные состояния существенно увеличивали риск трансформации AHRE в ФП: артериальная гипертензия — в 4,0 раза, ишемическая болезнь сердца — в 3,0 раза, сахарный диабет — в 3,1 раза, хроническая сердечная недостаточность — в 2,7 раза (p<0,05). Отмечено нарастание риска с увеличением индекса коморбидности.
Выявлена прямая зависимость между длительностью AHRE и риском ФП: увеличение длительности эпизода ассоциировалось с повышением риска трансформации в 2,14 раза (RR=2,14; p<0,05).
Выводы : AHRE ассоциированы с двукратным увеличением риска развития фибрилляции предсердий. Более быстрое прогрессирование у женщин, а также выраженное влияние коморбидной патологии подчёркивают необходимость стратификации риска. Длительность AHRE является значимым

предиктором трансформации, что подтверждает клиническую значимость этих эпизодов и обосновывает необходимость динамического наблюдения пациентов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОННОЙ АРТЕРИИ

Семитко С.П., Сандодзе Т.С., Попов Р.Ю., Степанов А.В., Камолов И.Х.
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Трансцервикальная каротидная реваскуляризация (TCAR) является гибридным методом лечения стенозирующих поражений сонных артерий, сочетающим принципы открытой хирургии и эндоваскулярного вмешательства. При этом данный метод еще не получил должного распространения в нашей стране, известны единичные публикации о выполнении данной методики для реваскуляризации сонных артерий

Цель. Непосредственная оценка результатов транскаротидного стентирования у пациентов с гемодинамически значимым стенозом сонной артерии и высоким хирургическим риском.

Материалы и методы. В данное исследование вошли 22 пациента, которым выполнялась транскаротидное стентирование сонной артерии на базе НПЦИК с июля 2024 по декабрь 2025 года. Выбор сроков и способа реваскуляризации осуществлялся мультидисциплинарным консилиумом, включающим сердечно-сосудистых хирургов, рентгенэндоваскулярных хирургов, кардиологов. Средний возраст пациентов составил 71,9 лет. У всех пациентов стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) превышал 80%. У двух пациентов была контралатеральная окклюзия ВСА. Спектр вмешательств: на левой ВСА: 12 случаев, все пациенты с гетерогенной бляшкой, процент стеноза более 80%. Из них в 4 случаях левая ВСА отходила от БЦС, в 8 случаях - острый угол отхождения ОСА; Во всех случаях отмечался выраженный атероматоз дуги аорты. На правой ВСА: 10 вмешательств, все пациенты с выраженной извитостью ОСА и атероматозом дуги аорты.

Результаты. Все 22 процедуры (100%) проведены под общей анестезией. Технический успех составил 21 из 22 случаев. Гематома после операции наблюдалась в 2 случаях. ТИА в 2 случаях, с полным регрессом симптоматики в течении 12 часов. В одном случае по данным УЗДГ была выявлена диссекция ОСА, не лимитирующая кровоток.

Проведение TCAR в плановом порядке пациентам со стенозом внутренней сонной артерии более 80% по данным компьютерной ангиографии с контрастированием. Всем пациентам перед TCAR выполнены дуплексное ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, компьютерная ангиография брахиоцефальных артерий и головного мозга с внутривенным контрастированием для определения показаний к операции и окончательной тактики лечения. Повторное дуплексное ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий выполнено после операции до выписки из стационара. Контрольное дуплексное ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий выполнено через месяц после проведённой операции.

Выводы: Применение методики TCAR у пациентов высокого хирургического риска продемонстрировало высокую безопасность в непосредственном послеоперационном периоде (отсутствие инсультов и летальности) и хорошие среднеотдаленные результаты с низкой частотой рестенозов. Полученные данные подтверждают эффективность TCAR как альтернативы классической каротидной эндартерэктомии у пациентов с сложной анатомией дуги аорты и брахиоцефальных артерий.

СЕСТРИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Нұрсадықова М.
КФ «University Medical Center», Центр сердца, г. Астана, Казахстан

Цель. Оценить значение участия медицинской сестры в раннем выявлении пациентов с семейной гиперхолестеринемией и профилактике сердечно-сосудистых осложнений.
Материалы и методы. Проведен анализ международного опыта организации каскадного скрининга семейной гиперхолестеринемии под руководством медицинских сестер в Северной Ирландии. Изучены результаты программы, включающей выявление пациентов с подтвержденной семейной гиперхолестеринемией, обследование родственников первой линии, консультирование семей и длительное сестринское сопровождение пациентов. Дополнительно рассмотрен практический опыт сестринского наблюдения пациентов с нарушениями липидного обмена в Центре сердца КФ UMC.
Результаты. Семейная гиперхолестеринемия является одной из наиболее распространенных наследственных причин раннего развития атеросклероза, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на наличие эффективных методов профилактики и лечения, значительная часть пациентов остается недиагностированной. Анализ международной программы показал, что внедрение каскадного скрининга под руководством медицинских сестер позволило выявить 1866 пациентов, что составило 26,9% от предполагаемого числа больных в регионе. На одного пациента с установленным диагнозом приходилось в среднем 6,9 обследованных родственников и 3,2 новых выявленных случая заболевания. Медицинские сестры осуществляли информирование пациентов и членов их семей о рисках заболевания, координировали обследование родственников, проводили обучение по вопросам контроля уровня холестерина, принципам здорового питания, физической активности и приверженности гиполипидемической терапии. В Центре сердца КФ UMC медицинские сестры участвуют в обучении пациентов с дислипидемиями и атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями, проводят консультирование по модификации факторов риска, контролю терапии и необходимости регулярного наблюдения. Такой подход способствует повышению осведомленности пациентов и формированию приверженности длительному лечению.
Заключение. Медицинская сестра играет важную роль в раннем выявлении семейной гиперхолестеринемии, профилактике атеросклероза и предупреждении сердечно-сосудистых осложнений. Сестринское консультирование, обучение пациентов и членов их семей, а также сопровождение на протяжении всего периода наблюдения позволяют своевременно начать профилактические мероприятия и повысить эффективность лечения. Международный опыт и практическая деятельность КФ UMC подтверждают высокий потенциал медицинских сестер в развитии профилактической кардиологии и снижении риска преждевременных сердечно-сосудистых событий.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НЕАДГЕЗИВНЫМ ЭМБОЛИЗИРУЮЩИМ АГЕНТОМ.

Асадов Д.А., Петровский Н.В., Фоменко В.В., Колединский,А.Г., Рапопорт Л.М., Семитко, С.П., Иоселиани Д.Г.
ФГАОУ ВО Первый Московский Медицинский Университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет)
ООО “СМ-Клиника”, Москва, Россия

Актуальность. Согласно данным Российского общества урологов 48,9% мужчин в возрасте от 27 до 77 лет страдают нарушением эректильной функции. Доказано, что эректильная дисфункция в 80 % случаев имеет органическую природу. Среди сосудистых причин у молодых пациентов ведущее место занимает веногенная эректильная дисфункция.
Цель работы: оценить безопасность и эффективность эндоваскулярных (гибридных) методов лечения веногенной эректильной дисфункции неадгезивным эмболизирующим агентом.
Материал и методы. Наш опыт включает 26 процедур эмболизации вен простатического сплетения у пациентов с веногенной эректильной дисфункцией. Возраст пациентов 37 ± 11 лет, тип патологического

венозного дренажа у 45% дистальный, у 35% проксимальный и у 20% смешанный. Выявление эректильной дисфункции осуществлялось по УЗДГ и МСКТ диагностике с фармакологической индукцией. Эмболизация проводилась антеградно и ретроградно в зависимости от состояние дорсальной вены полового члена. Эмболизация осуществлялась при помощи спиралей в сочетании с неадгезивным эмболизатом «КАП». Оценка эффективности лечения производилась по шкале выраженности эректильной дисфункции (МИЭФ) до и после вмешательства, ангиографический результат оценивался при контрольной КТ-кавернозографии.

Результаты. В большинстве случаев отмечались хорошие клинические и ангиографические результаты: в течение 3–4 мес после процедуры (прирост МИЭФ с 11,4 ± 3,8 до 19,2 ± 2,1 балла) при кавернозографии отмечалось устранение патологического венозного дренажа, у одного пациента была выполнена повторная эмболизация вен простатического сплетения (выявлен рецидив патологического венозного дренажа после проведенной эмболизации вен простатического сплетения, что соответствует 0,9%).

Заключение. Эндоваскулярная эмболизация вен парапростатического сплетения неадгезивным эмболизирующим агентом при веногенной эректильной дисфункции является высокоэффективной методикой, сопряженной с минимальным количеством периоперационных осложнений, способной существенно улучшить эректильную функцию у пациентов и может служить альтернативой эндофаллопротезированию.

ОСТРЫЙ ПЕРИКАРДИТ ПОСЛЕ ТЯЖЁЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ниязбеков Ш.К., Шагибекова Д.Я., Жақып А.К кардиологи НАО ЦСШ.

Ключевые слова: Острый перикардит; перикардиальный выпот; внебольничная пневмония; эхокардиография; компьютерная томография; колхицин; воспалительный синдром.

Аннотация

Острый перикардит выявляется у небольшой доли пациентов (~4%) с некардиальной болью в грудной клетке, обращающихся за неотложной помощью, и демонстрирует умеренное преобладание среди мужчин. В большинстве наблюдений (>50%) этиология остаётся неустановленной и рассматривается как вероятно вирусная. Представлен клинический случай острого перикардита после тяжёлой двусторонней внебольничной пневмонии. Диагноз подтверждён эхокардиографией и КТ органов грудной клетки. На фоне терапии, включающей колхицин, достигнута клиническая стабилизация и регресс симптомов.

Клиническое наблюдение

Пациент Мужчина 41 лет, перенёс инфекцию верхних дыхательных путей, после чего развилась тяжёлая двусторонняя внебольничная пневмония, осложнившаяся системной воспалительной реакцией с вовлечением плевры и перикарда. По результатам лабораторным данным: АСЛО-248 ммоль/л, СРБ-209 ммоль/л, повышены воспалительные маркеры: лейкоциты в крови - 17.26 /л. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки выявлены поствоспалительные фиброзные изменения лёгких, гидроторакс и перикардиальный выпот. Трансторакальная эхокардиография подтвердила умеренный перикардиальный выпот без признаков тампонады сердца при сохранённой фракции выброса левого желудочка 55%. На основании клинико-инструментальных данных установлен диагноз: Острый экссудативный перикардит, с умеренным выпотом. Назначена противовоспалительная терапия, включая колхицин 0,5 мг 2 раза в день 3 месяца. На фоне лечения отмечена положительная динамика в регресса симптоматики. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение.

Обсуждение

Острый перикардит чаще всего развивается на фоне инфекционных или воспалительных процессов, однако в значительной части случаев остаётся идиопатическим с предполагаемой вирусной этиологией. Посткардиальные воспалительные синдромы составляют 9–33% наблюдений.

Плевральный выпот нередко сопровождает перикардит. При идиопатической форме он обычно локализуется слева либо преобладает слева при двустороннем процессе, тогда как изолированные правосторонние выпоты встречаются редко (<5%). Это имеет важное значение для дифференциальной диагностики плевроперикардиального синдрома.

Эхокардиография играет ключевую роль в подтверждении перикардиального выпота, тогда как КТ дополняет оценку поражения лёгких и плевры. Колхицин в сочетании с противовоспалительной терапией является терапией первой линии и ассоциирован со снижением риска рецидива.

Заключение

Острый перикардит может осложнять течение тяжёлых инфекций дыхательных путей и сопровождаться плевроперикардиальным выпотом слева. Ранняя верификация диагноза и своевременное назначение противовоспалительной терапии обеспечивают благоприятный исход и предотвращает дальнейших осложнении.

РОЛЬ LVAD-КООРДИНАТОРА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Е.Б. Ерланулы
НАО «Центр сердца Шымкент», г. Шымкент, Казахстан

Актуальность

Имплантация устройств механической поддержки кровообращения является эффективным методом лечения пациентов с терминальной хронической сердечной недостаточностью и требует мультидисциплинарного подхода. Важнейшим элементом данной системы является координатор программы механической поддержки, обеспечивающий непрерывность наблюдения, безопасность терапии и взаимодействие между пациентом и медицинской командой на всех этапах лечения.

Цель работы

Оценить роль координатора программы механической поддержки кровообращения в обеспечении преемственности, безопасности лечения и повышении приверженности терапии у пациентов.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ организации работы координатора программы механической поддержки кровообращения в НАО «Центр сердца Шымкент». С 2021 года выполнено 34 имплантации устройств механической поддержки кровообращения и 3 трансплантации сердца. Оценены основные этапы сопровождения пациентов: интраоперационный контроль, ведение в отделении интенсивной терапии, амбулаторное наблюдение, обучение пациентов и использование цифровых технологий для дистанционного мониторинга.

Результаты исследования

Установлено, что участие координатора начинается на интраоперационном этапе и включает контроль технических параметров системы, проверку функционирования устройства и участие в настройке параметров под контролем эхокардиографии. В послеоперационном периоде координатор обеспечивает безопасную транспортировку пациента и контроль терапии в отделении интенсивной терапии.

Ключевым направлением является обучение пациента и его окружения, включающее правила эксплуатации устройства, алгоритмы действий при тревожных сигналах, уход за местом выхода кабеля и контроль антикоагулянтной терапии.

В амбулаторном этапе используется цифровая платформа Amandyq, обеспечивающая дистанционный мониторинг параметров устройства, клинического состояния и лабораторных показателей. Это позволяет своевременно выявлять осложнения и проводить консультации, включая пациентов, проживающих на значительном расстоянии от центра.

Дополнительно координатор участвует в оценке функционального состояния пациентов и повышении квалификации медицинского персонала.

Выводы

Координатор программы механической поддержки кровообращения является ключевым элементом системы оказания помощи пациентам. Его деятельность обеспечивает преемственность лечения, повышает приверженность терапии и снижает риск осложнений.

Внедрение структурированной модели сопровождения с использованием цифровых технологий позволяет повысить безопасность пациентов и расширить доступ к специализированной медицинской помощи независимо от географической удаленности.

СРАВНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ЦИРКУЛЯЦИИ СО СТАНДАРТНЫМИ СИСТЕМАМИ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

А.Н. Панков, А.В. Степанов, Б.Д. Волошин, В.В. Журавель, Н.В. Кучкина, С.П. Семитко, И.Е. Чернышева, Д.Г. Иоселиани

ФГАОУ ВО Первый Московский медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва, Россия

Коронарное шунтирование (КШ) – самая частая операция в кардиохирургии взрослых. Как правило, она проводится с использованием традиционной системы искусственного кровообращения (ИК). При традиционном ИК кровь контактирует с воздухом и неэндотелиальными поверхностями, что приводит к каскаду коагуляции, активации тромбоцитов и возникновению микроэмболов и тромбоэмболических осложнений. Для решения этих проблем в последние десятилетия была разработана минимально инвазивная экстракорпоральная циркуляция (МиЭКК). Помимо этого, современная литература свидетельствует о том, что МиЭКК превосходит традиционное ИК по различным показателям, включая снижение потребности в препаратах крови, сокращение времени пребывания в больнице и отделении интенсивной терапии (ОИТ), снижение смертности и тромбоэмболических осложнений, а также улучшение защиты миокарда.

Цель исследования: сравнить результаты проспективного исследования применения минимально инвазивной системы экстракорпорального кровообращения и классического метода искусственного кровообращения с использованием малообъемной кардиоплегии у пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования.

Материал и методы. В исследовании участвовало 20 пациентов, которых разделили на 2 группы по 10 человек. В 1 группе во время операций коронарного шунтирования использовалась система минимально инвазивной экстракорпоральной циркуляции, во 2 стандартная методика проведения искусственного кровообращения. В обеих группах для остановки сердечной активности в корень аорты вводился раствор малообъемной кардиоплегии. После операции были проанализированы лабораторные показатели Креатинкиназа (КФК), Креатинкиназа-МВ (КФК-МВ), Тропонин I в качестве маркеров повреждения миокарда в раннем послеоперационном периоде.

Результаты. При использовании двух методов мы наблюдали постепенное снижение кардиоспецифических ферментов. При использовании МиЭКК происходит снижение КФК в ранний послеоперационный период на вторые сутки, а при классическом ИК данный результат достигается лишь на четвертые сутки. Наиболее значимым подтверждением приоритета использования мини-контура являются ферменты КФК-МВ и Тропонин I. При исследовании КФК-МВ в первой группе с использованием МиЭКК на всем протяжении результаты были в пределах нормы. При классическом методе ИК данные результаты достигаются лишь к третьим суткам. Такую же тенденцию мы наблюдаем и при исследовании Тропонина I.

Заключение. Полученные результаты показывают достоверно лучшие лабораторные показатели для пациента в ранний послеоперационный период при использования минимально инвазивной системы экстракорпорального кровообращения при операции по коронарному шунтированию.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ЧЕРЕЗ РАБОЧИЙ ПРОВОДНИК И ЭНДОКАРДИАЛЬНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПРИ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Степанов А.В., Камолов И.Х., Сандодзе Т.С., Чернышева И.Е., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

Высокочастотную стимуляцию желудочков используют при баллонной вальвулопластике аортального клапана (АК) и транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК). Стимуляция правого желудочка (ПЖ) считается общепринятой методикой при проведении данных вмешательств. Внедрение прямой стимуляция левого желудочка (ЛЖ) рабочим 0.035” проводником при транскатетерных вмешательствах на АК представляется перспективной методикой и требует дальнейшего изучения.

Цель. Сравнить результаты высокочастотной стимуляция ЛЖ через рабочий 0.035” проводник и ПЖ через эндокардиальный электрод при ТИАК.

Материалы и методы. С 2015 по 2025 были отобраны данные о 217 пациентах, которым в Научно-практическом центре интервенционной кардиоангиологии Сеченовского Университета была выполнена операция транскатетерной имплантации аортального клапана. В настоящий анализ включены сходные по характеристикам 53 пациента в группе традиционной трансвенозной электрокардиостимуляции ПЖ и 57 пациентов в основной группе электрокардиостимуляции ЛЖ через рабочий проводник. В качестве первичных конечных точек оценивали госпитальную (7-дневную) и средне-отдаленную (30-дневную) послеоперационную летальность. В качестве вторичных конечных точек оценивались следующие параметры: успешность стимуляции с достижением необходимого гемодинамического эффекта, длительность процедуры, время флюороскопии, расход рентгенконтрастного вещества, а также интра- и периоперационные осложнения.

Результаты. При оценке первичных конечных точек установлено, что госпитальная или средне-отдаленная летальность между пациентами исследуемых групп не различается (0%). Среди пациентов группы электрокардиостимуляции ЛЖ через предсформированный проводник во всех случаях удалось достичь успеха стимуляции с достижением необходимого гемодинамического эффекта. Согласно анализу вторичных точек, применение метода электрокардиостимуляции через предсформированный проводник ассоциируется с уменьшением времени флюороскопии на 5 минут по сравнению со стантартной электрокардиостимуляцией правого желудочка (Me: 21,2 и 26 мин. соответственно, p = 0,016), уменьшением полученной дозы облучения на 1,3 мЗв (Me: 1,7 и 3 мЗв соответственно, p = 0,036). При анализе полученных осложнений было установлено, что 2 случая тампонады сердца произошли в группе традиционной трансвенозной ЭКС по причине перфорации правого желудочка электродом. В группе проводниковой стимуляции ЛЖ случаев перфорации не было отмечено.

Выводы. Высокочастотная стимуляция ЛЖ через рабочий 0.035” проводник во время ТИАК является безопасной методикой, которая обеспечивает надежную устойчивую стимуляцию с низким уровнем осложнений и потенциальным сокращением времени флюороскопии и уменьшением дозы облучения.

Ключевые слова: транскатетерная имплантация аортального клапана, электрокардиостимуляция, рабочий 0.035” проводник.

СТРАТЕГИЯ МИНИ-ПЛЕГИИ КАК МЕТОД КАРДИОПРОТЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Журавель В. В., Панков А. Н., Рафаели И. Р., Чернышова И. Е., Семитко С. П., Степанов А. В., Кучкина Н. В., Мелешко А. Д.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Москва, Россия)

Введение. Поиск оптимального метода кардиоплегии у больных с диффузным и многососудистым поражением коронарного русла остается актуальной задачей в кардиохирургии.
Цель. Демонстрация преимуществ методики мини-плегии в интраоперационной защите миокарда на основании анализа биомаркеров повреждения и ранних клинических исходов после операции прямой реваскуляризации с ИК.
Методология. В ретроспективное исследование включены 142 пациента с изолированным многососудистым поражением коронарных артерий, оперированных в условиях нормотермической перфузии с применением мини-плегии (май-декабрь 2023 г.). Оценивалась динамика кардиоспецифических ферментов, частота спонтанного восстановления ритма, потребность в инотропной поддержке.
Результаты. Средний объем кардиоплегии составил 126,1±5,6 мл. Самостоятельное восстановление сердечного ритма зафиксировано в 97,8% случаев при среднем времени пережатия аорты 36,8±8,2 мин. Уровень КФК-МВ не превышал 27,4 Ед/л. Потребность в кардиотониках была минимальной (5 мкг/кг/мин, среднее время 4,3 ч), а длительность пребывания в ОРИТ — 1,4 дня. Частота фибрилляции предсердий составила лишь 5,6%.
Вывод. Методика мини-плегии демонстрирует высокую эффективность и безопасность при многососудистом поражении коронарных артерий. Обеспечивает надежную защиту миокарда со снижением в раннем послеоперационном периоде частоты фибриляции предсердий и потребности в инотропной поддержке, что обосновывает ее статус как один из возможных методов выбора для проведении кардиоплегии.

EARLY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISORDERS AMONG YOUNG ADULTS: EXPERIENCE OF A REGIONAL CARDIOLOGY CENTER

Sagtaganov Zhaksybek
NPJSC "Heart Center Shymkent", Shymkent, Kazakhstan,

Introduction. Although cardiovascular diseases (CVDs) are traditionally considered a pathology of older age groups, recent years have demonstrated a steady increase in the prevalence of cardiovascular risk factors among young adults. The growing number of young individuals with overweight and obesity, lipid metabolism disorders, arterial hypertension, and low physical activity contributes to the early development of chronic non-communicable diseases. In this context, the implementation of preventive programs targeting young populations has become particularly relevant.
Objective. To evaluate the impact of comprehensive preventive interventions on the dynamics of cardiovascular risk factors in young adults.
Materials and Methods. The study included 152 patients aged 18 to 35 years who underwent outpatient follow-up at the NPJSC "Heart Center Shymkent" during 2025. Inclusion criteria comprised the presence of one or more cardiovascular risk factors, including elevated blood pressure, smoking, physical inactivity, overweight, or dyslipidemia. Participants were enrolled in a six-month preventive program that included educational counseling, dietary modification, recommendations for aerobic physical activity, and dynamic monitoring of clinical indicators. Statistical analysis was performed using SPSS Statistics 26.0 software. Differences were considered statistically significant at $p<0.05$.

Results. At the end of the observation period, significant improvements in several clinical and metabolic parameters were identified. Mean systolic blood pressure decreased from 136.2±10.1 to 127.4±8.7 mmHg ($p<0.001$), while diastolic blood pressure decreased from 84.9±5.8 to 78.6±5.2 mmHg ($p<0.001$). Body mass index decreased from 27.9±3.6 to 26.3±3.1 kg/m² ($p=0.004$). Total cholesterol levels declined by 12.6% compared to baseline values ($p=0.012$). The proportion of participants performing regular physical activity for at least 150 minutes per week increased from 31.5% to 73.0% ($p<0.001$). Smoking cessation was achieved in 24.3% of smoking participants. Additionally, improved awareness regarding cardiovascular prevention and increased adherence to healthy lifestyle recommendations were observed.

Conclusions. The implementation of a comprehensive preventive program among young adults was associated with a statistically significant reduction in modifiable cardiovascular risk factors. The obtained findings confirm the importance of active preventive strategies at a young age to reduce the future burden of cardiovascular diseases and improve long-term public health outcomes.

Keywords: cardiovascular diseases, young adults, prevention, cardiovascular risk factors, hypertension, lifestyle intervention.

Ethical Approval. The study protocol was approved by the Local Bioethics Committee of Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Protocol No. 4 dated 12 January 2025.

Conflict of Interest. The author declares no conflict of interest.

NEW INTERNATIONAL GUIDELINES IN CARDIOVASCULAR DISEASE MANAGEMENT: MODERN PERSPECTIVES ON DIAGNOSIS AND TREATMENT

Sagtaganov Zhaksybek
NPJSC "Heart Center Shymkent", Shymkent, Kazakhstan

Background

Cardiovascular diseases (CVDs) remain the leading cause of morbidity and mortality worldwide. Recent updates from the European Society of Cardiology (ESC) and the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) introduced significant changes in the diagnosis, risk stratification, and treatment of major cardiovascular conditions. Modern guidelines increasingly emphasize personalized medicine, early prevention strategies, and multidisciplinary patient management. These updates are aimed at improving clinical outcomes and reducing long-term cardiovascular complications.

Review and Clinical Perspective

The latest international recommendations highlight several important advances in cardiovascular care. In arterial hypertension management, current guidelines recommend earlier initiation of combination therapy, routine home blood pressure monitoring, and comprehensive cardiovascular risk assessment. New approaches to dyslipidemia focus on aggressive low-density lipoprotein cholesterol reduction in high-risk patients using statins, ezetimibe, and PCSK9 inhibitors.

In chronic coronary syndrome management, non-invasive imaging techniques and individualized ischemia assessment have gained greater importance. Updated atrial fibrillation guidelines support integrated patient-centered management involving stroke prevention, rhythm control, and treatment of associated comorbidities. In addition, recent acute coronary syndrome recommendations emphasize rapid reperfusion strategies, optimized antithrombotic therapy, and early rehabilitation.

Current evidence also underlines the growing role of artificial intelligence, telemedicine, and digital monitoring systems in cardiovascular diagnostics and long-term patient follow-up.

Discussion

Implementation of updated international guidelines may significantly improve the quality of cardiovascular care and reduce adverse clinical outcomes. Personalized therapeutic strategies, combined with modern diagnostic technologies and preventive interventions, allow clinicians to optimize treatment decisions and improve patient prognosis. However, successful adaptation of these recommendations requires continuous physician education and integration into national healthcare systems.

Conclusion

Contemporary international cardiovascular guidelines reflect a transition toward precision medicine and individualized patient management. Their application in everyday clinical practice represents an important step toward improving cardiovascular prevention, early diagnosis, and treatment effectiveness.

Keywords
cardiovascular diseases, clinical guidelines, prevention, hypertension, coronary artery disease, personalized medicine

Conflict of Interest
The author declares no conflict of interest.

ОДНОКАНАЛЬНЫЙ ПАТЧ-ЭКГ РЕГИСТРАТОР В ДИАГНОСТИКИ ОТСРОЧЕННЫХ НАРУШЕНИЙ АВ ПРОВОДИМОСТИ ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТОРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА.

Г.Р.Алиева[1] , Hee Suk Min[1], Б.А.Ахыт[2], С.Т.Шарипова[3]
1.ТОО «Open Healthcare Kazakhstan»
2.АО "Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней", 3.ТОО «Tan clinic». г. Алматы.

Ведение: Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) широко применяется у пациентов с тяжелым аортальным стенозом, однако сопровождается риском развития нарушений проводимости, как в раннем так и в позднем послеоперационном периоде. Амбулаторный мониторинг ЭКГ может способствовать раннему выявлению, однако доступ к многоканальным системам Холтера остается ограниченным в некоторых регионах.

Описание случая:
Пациентка 1941 г.р. обратилась с жалобами на нарастающую общую слабость в течение последней недели. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентке была выполнена транскатетерная имплантация аортального клапана по поводу тяжелого аортального стеноза. Послеоперационный период протекал без нарушений атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости. Учитывая симптомы пациентки и ограниченную доступность многоканального холтеровского мониторинга, было проведено 24-часовое амбулаторное ЭКГ-мониторинг с использованием одноканального патч-регистратора. Во время мониторирования регистрируется АВ блокада I степени с дальнейшим прогрессированием до АВ блокады II, III степени. На основании документированной полной АВ блокады, анамнеза, клинических данных, был успешно имплантирован постоянный кардиостимулятор.

Результаты
Данный клинический случай демонстрирует развитие поздних нарушений атриовентрикулярной проводимости после TAVI, несмотря на отсутствие изменений в раннем послеоперационном периоде.
Ключевым аспектом этого случая является использование одноканального патч-регистратора ЭКГ, который эффективно выявляет клинически значимые нарушения проводимости и помогать в принятии решений по дальней тактики лечения.
Примечательно, что носимая холтеровская технология была внедрена в Казахстане совсем недавно. Возможность проводить длительное амбулаторное ЭКГ-мониторинг до 7 дней представляет собой важный шаг вперед в клинической практике, особенно в условиях ограниченного доступа к традиционным системам мониторинга.

Заключение:
Этот случай подчеркивает клиническую полезность и достоверность одноканального мониторинга ЭКГ для выявления клинически значимых аритмий после TAVI, особенно в условиях ограниченных ресурсов. Недавнее внедрение носимой технологии Холтера в Казахстане позволяет проводить длительный мониторинг и может улучшить выявление отсроченных нарушений проводимости.

ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ЗАМЕНА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С УСТРОЙСТВОМ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Якубова В.Т.[1], Балабекова А.К.[1]
[1]Некоммерческое акционерное общество «Центр сердца Шымкент», город Шымкент, Республика Казахстан

Введение. Аортальная регургитация (АР) является одним из отдалённых осложнений у пациентов с вспомогательным устройством поддержки левого желудочка (LVAD). АР может присутствовать либо до имплантации LVAD, либо развиваться вследствие функционирования самого насоса, что может оказывать значительно пагубное воздействие на выживаемость и качество жизни пациентов. Транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) стала основной терапией для пациентов с высоким и средним риском тяжелого аортального стеноза, с использованием не по назначению для тяжелой АР.

Цель. Оценить эффективность TAVI у пациентов с имплантированным устройством вспомогательного кровообращения левого желудочка на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования. Пациентка, 66 лет, состоит на учете с диагнозом дилатационная кардиомиопатия с 2015 года. В 2016 году в связи с высоким риском внезапной сердечной смерти имплантирован кардиовертер-дефибриллятор. Учитывая наличие у пациентки терминальной стадии сердечной недостаточности функциональный класс (ФК) IV по NYHA (Нью-йоркская ассоциация сердца), INTERMACS 2, недостаточности митрального клапана стадия D, легочной гипертензии, отсутствие положительной динамики на фоне оптимальной медикаментозной терапии, частые регоспитализации, противопоказание к трансплантации сердца, в марте 2017 года имплантирован LVAD Heart Ware. В апреле 2017 года в связи с пароксизмом наджелудочковой тахикардии проведены электрофизиологическое исследование и радиочастотная аблация. В 2023 году - возобновление симптомов сердечной недостаточности, на эхокардиографии умеренная степень аортальной регургитации, однако в связи с широким выносящим трактом левого желудочка и высоким риском дислокации протеза имплантация TAVI невозможна, рекомендована консервативная терапия и динамическое наблюдение за степенью регургитации. В апреле 2024 года регоспитализация по поводу декомпенсации сердечной недостаточности. В связи с выраженной аортальной регургитацией проведена имплантация TAVI. В ходе динамического наблюдения отмечается улучшение эхокардиографических показателей - минимальная степень АР, а также увеличение толерантности к физической нагрузке ФК I (NYHA).

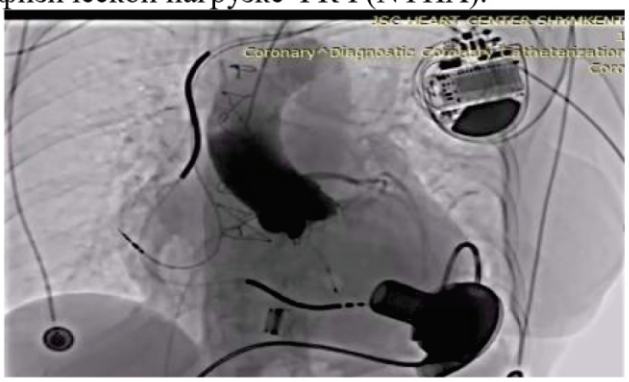


Рисунок 1. Имплантация TAVI.

Выводы. Транскатетерная аортальная реконструкция для лечения АР у пациентов с LVAD технически сложна, но осуществима у некоторых пациентов и может привести к стойкому улучшению тяжести АР, функционального статуса и качества жизни.

ПРЕДИКТОРЫ СОХРАНЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Звонцова Ксения Михайловна резидент-кардиолог 1 года обучения
Научный руководитель: Орехов А.Ю. PhD, и.о. ассоциированного профессора
НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей

Актуальность: Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением ритма сердца у лиц пожилого возраста и ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, инсульта и сердечной недостаточности. Несмотря на развитие медикаментозных и интервенционных методов лечения, данные о факторах, связанных с эффективностью восстановления синусового ритма (СР), остаются ограниченными.
Цель: Оценить клинико-инструментальные факторы, ассоциированные с восстановлением синусового ритма у пациентов пожилого возраста с ФП.
Материалы и методы исследования: Проведено ретроспективное одноцентровое исследование 299 пациентов пожилого возраста с ФП, госпитализированных в кардиологическое отделение БСМП г. Семей. Пациенты распределены на группы: сохраняющаяся ФП — 235 (78,6%), катетерная аблация — 24 (8,0%), медикаментозное восстановление СР — 40 (13,4%). Анализировались клинико-анамнестические, лабораторные и эхокардиографические показатели. Статистическая обработка выполнялась в Jamovi и SPSS 20.0.
Результаты исследования: Пациенты группы аблации были моложе по сравнению с пациентами без восстановления СР (72,0 [68,5–74,2] против 74,0 [70,0–81,0] лет; p=0,031). В группе восстановления СР отмечались более высокие уровни гемоглобина и более низкие значения соотношения моноциты/лимфоциты (MLR) (p=0,036 и p=0,002 соответственно). У пациентов с восстановленным СР выявлены более низкие уровни NT-proBNP (p=0,001), более высокая фракция выброса левого желудочка (p=0,019), меньшие размеры левого предсердия (p=0,008) и более низкий конечный систолический объем левого желудочка (p=0,014).
По результатам многофакторного логистического регрессионного анализа вероятность восстановления СР снижалась с увеличением возраста (OR=0,894; 95% ДИ 0,833–0,959; p=0,002), MLR (OR=0,073; 95% ДИ 0,007–0,780; p=0,030) и при наличии постинфарктного кардиосклероза (OR=0,303; 95% ДИ 0,120–0,762; p=0,011). Более высокая фракция выброса левого желудочка ассоциировалась с повышением вероятности восстановления СР (OR=1,045; 95% ДИ 1,003–1,088; p=0,033).
Заключение: Возраст, воспалительные изменения, постинфарктное ремоделирование миокарда и функциональное состояние левого желудочка могут быть связаны с эффективностью восстановления синусового ритма у пациентов пожилого возраста с ФП.

ВЛИЯНИЕ УСПЕШНОЙ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ТЯЖЕСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Царева О.В., Лапочкина О.Б., Чернышева И.Е., Сандодзе Т.С., Панков А.Н., Церетели Н.В., Семитко С.П., Иоселиани Д.Г.
Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии Сеченовского университета, Москва, Россия

Цель
Тяжелый аортальный стеноз является значимым фактором риска развития расстройств дыхания во сне, включая обструктивное (ОАС) и центральное апноэ сна (ЦАС). Данные свидетельствуют о высокой распространенности апноэ сна у данной категории пациентов, однако сведения о характере, влиянии радикального хирургического и эндоваскулярного лечения - транскатетерной имплантации аортального клапана (ТИАК), остаются недостаточно изучены. Целью данного анализа является изучение распространенности и характера ОАС и ЦАС среди пациентов с тяжелым аортальным стенозом, а также динамики проявлений апноэ сна после успешной процедуры ТИАК.

Методы
В течение 2025 г. в исследование были включены 52 пациента с тяжелым аортальным стенозом и высоким хирургическим риском, перенесшие ТИАК. Диагностика апноэ сна проводилась с помощью кардиореспираторной полиграфии до и после успешной процедуры ТИАК (через 3 дня), а также – в средне-отдаленный период через 3-4 месяца. Расстройство дыхания во сне определялось при индексе апноэ-гипопноэ (ИАГ) >5/ч. ЦАС диагностировалось при регистрации 50% и более эпизодов апноэ, которые возникали при отсутствии воздушного потока и дыхательных усилий; в остальных случаях диагностировалась ОАС. Тяжесть аортального стеноза устанавливалась по площади отверстия аортального клапана ≤1.0 см², индексу площади раскрытия клапана. В работе оценивались эхокардиографические и гемодинамические параметры (фракция выброса левого желудочка – ФВЛЖ, конечно-диастолическое давление в ЛЖ – КДД ЛЖ, СДЛА); определялся уровень NT-pro-BNP до и после ТИАК.
Результаты
Совокупные данные по 52 пациентам с тяжелым аортальным стенозом демонстрируют исключительно высокую распространенность апноэ сна, составляющую 80%. Среди всех форм расстройств дыхания во сне доля ЦАС является значительной и составляет 40%, тогда как на ОАС приходится 35%. Таким образом, у пациентов с аортальным стенозом преобладает центральный тип апноэ. Успешная процедура ТИАК, устраняя тяжелое гемодинамическое расстройство, приводит к значительному улучшению показателей апноэ сна, преимущественно за счет регресса проявлений ЦАС. В группе с ЦАС отмечено достоверное снижение ИАГ с 43.5±17.5 до 19.4±12.9/ч ($p<0.001$). Общая распространенность расстройства дыхания во сне после вмешательства снижалась. При этом, успешная процедура ТИАК не оказывала существенного влияния на течение ОАС.
Для лечения ЦАС после ТИАК стандартная СИПАП-терапия может быть неэффективна. Для этого более предпочтительны адаптивная сервовентиляция (ASV) и двухуровневая вентиляция (BiPAP).
Выводы
Пациенты с тяжелым аортальным стенозом представляют собой группу чрезвычайно высокого риска по развитию расстройств дыхания во сне с преобладанием апноэ центрального генеза. Патогенез ЦАС у данной категории больных тесно связан с гемодинамическими нарушениями, характерными для сердечной недостаточности. Радикальная коррекция стеноза методом TAVI совместно с индивидуальным подбором респираторной поддержки (ASV/BiPAP) является эффективным средством улучшения клинического течения и прогноза пациентов данной группы.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РАННЕМ И СРЕДНЕСРОЧНОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ

Алмасбек А.А.
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Введение. Фибрилляция предсердий является наиболее распространённым нарушением сердечного ритма и представляет одну из актуальных проблем современной кардиологии и аритмологии. Распространённость заболевания увеличивается с возрастом и сопровождается высоким риском ишемического инсульта, хронической сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений и сердечно-сосудистой смертности. Помимо органических осложнений, фибрилляция предсердий значительно снижает качество жизни пациентов вследствие ограничения физической активности, ухудшения психоэмоционального состояния, снижения трудоспособности и необходимости длительного медикаментозного лечения. В последние годы катетерная абляция стала одним из наиболее эффективных методов интервенционного лечения симптомной фибрилляции предсердий, позволяющим восстановить и поддерживать синусовый ритм. Наиболее широко применяются методы радиочастотного и криобаллонного воздействия с изоляцией легочных вен. Несмотря на высокую клиническую эффективность данных технологий, оценка результатов лечения должна включать не

только анализ частоты рецидивов аритмии, но и комплексную оценку качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. В условиях активного развития высокотехнологичной аритмологической помощи особое значение приобретает изучение ранних и среднесрочных результатов катетерной абляции, включая физическое, социальное и психологическое состояние пациентов. Проведение подобного анализа позволяет объективно оценить эффективность вмешательства, определить влияние процедуры на повседневную активность и оптимизировать тактику послеоперационного ведения пациентов.

Цель. Провести комплексную оценку изменения качества жизни и клинического статуса пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами фибрилляции предсердий после радиочастотной абляции.

Материал и методы исследований. На базе отделения обследованы 64 пациента (38 мужчин, 26 женщин) в возрасте от 35 до 72 лет с симптомной фибрилляцией предсердий, резистентной к антиаритмической фармакотерапии. Радиочастотная изоляция легочных вен выполнена 34 пациентам, криобаллонная абляция — 30. Проведен также ретроспективный анализ 100 медицинских карт за 2023 - 2025 гг. В проспективную группу включен демонстрационный случай подростка 15 лет с механическим протезом митрального клапана и имплантированным электрокардиостимулятором. Всем пациентам выполнялась трансторакальная эхокардиография. Качество жизни оценивали по опроснику Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) до операции и через 6 месяцев после нее. Выраженность симптомов определяли по шкале European Heart Rhythm Association (EHRA). Статистическая обработка проведена с помощью критерия Стьюдента в программе Statistica 12.0 ($p<0,05$).

Результаты исследований. По данным ретроспективного анализа, эффективность удержания синусового ритма через 12 месяцев составила 78%, а основными факторами рецидивов стали артериальная гипертензия и ожирение. В проспективной группе через 6 месяцев синусовый ритм сохранен у 87,5% больных, рецидивы отмечены в 12,5% случаев. До операции 78,1% пациентов соответствовали III и IV классам по шкале EHRA. Через 6 месяцев доля лиц с I классом (симптомы отсутствуют) составила 65,6%, со II классом — 21,9%. Анализ опросников SF-36 выявил достоверное улучшение параметров здоровья по всем шкалам. Наибольший прирост зафиксирован по шкале ролевого физического функционирования с 41,2±5,1 до 74,3±4,5 балла ($p<0,001$) и физического функционирования с 52,4±4,2 до 78,6±3,8 балла ($p<0,01$). Показатели психического здоровья выросли с 50,3±4,4 до 75,4±3,5 балла ($p<0,05$), отражая редукцию тревоги. У пациента 15 лет при сохранной фракции выброса левого желудочка (64%) и сниженной фракции правого желудочка (33%) показатели качества жизни достигли максимальных 95–100 баллов. У лиц с индексом массы тела более 30 кг/м² шкалы общего здоровья и жизнеспособности увеличивались значимо медленнее ($p<0,05$). Различий в качестве жизни между группами радиочастотной и криоабляции не выявлено ($p>0,05$). Наиболее выраженная положительная динамика отмечалась в показателях физической активности и психоэмоционального состояния, что сопровождалось восстановлением социальной адаптации и трудоспособности пациентов.

Заключение. Катетерная абляция демонстрирует высокую клиническую эффективность (87,5%) и приводит к достоверному улучшению всех показателей физического и психологического компонентов качества жизни по опроснику SF-36 у большинства пациентов с фибрилляцией предсердий. Скорость послеоперационной реабилитации и субъективное восприятие здоровья тесно коррелируют с исходным кардиометаболическим статусом и морфофункциональными параметрами сердца больного.

АНТРАЦИКЛИН-ИНДУЦИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ С ТРОМБОЗОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТА С ЛИПОСАРКОМОЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Оразалы Ұ.Ш., Касымова Р.Х.
Городская многопрофильная больница №2, г. Астана

Цель: Оценить клиническое течение токсической кардиомиопатии с развитием тяжелой сердечной недостаточности при последовательном применении антрациклинов и ингибитора ангиогенеза.

Материал и методы: Представлено клиническое наблюдение пациента 48 лет с метастатической плеоморфной липосаркомой. Выполнены клинические, лабораторные и инструментальные исследования, включая эхокардиографию и коронарную ангиографию для исключения ишемического генеза.
Результаты: Пациент получал лечение по поводу метастатической плеоморфной липосаркомы. В период с марта по май 2025 года проведены курсы химиотерапии ифосфамидом и эпирубицином. До начала лечения фракция выброса левого желудочка составляла 70%, после завершения терапии — 67%, признаков сердечной недостаточности не отмечалось. С сентября 2025 года пациент получал ингибитор ангиогенеза. Через два месяца после начала терапии, после перенесенной респираторной инфекции, развилась быстро прогрессирующая сердечная недостаточность с выраженной одышкой и снижением толерантности к физической нагрузке. По данным эхокардиографии выявлены дилатация левого желудочка, снижение фракции выброса до 18%, диффузный гипокинез, внутриполостной тромб верхушки левого желудочка и признаки тяжелой систолической дисфункции. Коронарная ангиография гемодинамически значимых стенозов не выявила, что позволило исключить ишемическую природу заболевания. Состояние расценено как токсическая дилатационная кардиомиопатия. На фоне терапии хронической сердечной недостаточности и антикоагулянтного лечения достигнуты стабилизация гемодинамики, уменьшение застойных явлений и клиническое улучшение состояния пациента.
Заключение: Последовательное применение антрациклинов и ингибиторов ангиогенеза ассоциировано с риском развития отсроченной токсической кардиомиопатии с тяжелой систолической дисфункцией и тромбообразованием. Данный клинический случай подчеркивает необходимость динамического кардиологического мониторинга пациентов, получающих потенциально кардиотоксичную противоопухолевую терапию. Ранняя диагностика и своевременное назначение терапии хронической сердечной недостаточности позволяют стабилизировать состояние и улучшить прогноз.

ЖИЗНЬ МЕЖДУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ: РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАБИНЕТА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНОМ И ДИСТАНЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ.

Дуйсенбина Ж.С.
Кабинет хронической сердечной недостаточности, Корпоративный фонд «University Medical Center», Астана, Республика Казахстан

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) требует не только стационарного лечения, но и понятного сопровождения пациента после выписки. В международной практике ведения пациентов с ХСН особое внимание уделяется обучению, самоконтролю, раннему наблюдению после госпитализации, телефонной связи и участию мультидисциплинарной команды. По опыту кабинета ХСН видно, что именно дома пациент сталкивается с главными трудностями: нужно правильно принимать препараты, контролировать вес, ограничивать соль и жидкость, следить за отёками, одышкой и вовремя понимать, когда необходимо обратиться за помощью.
Цель. Описать роль медицинской сестры кабинета ХСН в амбулаторном и дистанционном сопровождении пациентов с сердечной недостаточностью, включая пациентов до и после трансплантации сердца.
Материалы и методы. Представлен более чем 10-летний практический опыт работы медицинской сестры кабинета ХСН. В кабинете проводится очное и дистанционное наблюдение пациентов после госпитализации, а также пациентов, ожидающих трансплантацию сердца и находящихся под наблюдением после трансплантации. Во время амбулаторного визита пациентам объясняются причины развития ХСН, значение регулярной терапии, правила питания, ограничение соли и жидкости, контроль водного баланса, ежедневное измерение веса, признаки ухудшения состояния и действия после выписки.

Результаты. Практика показывает, что пациенту недостаточно получить выписку и стандартные рекомендации. После госпитализации многие испытывают тревогу, усталость и неуверенность, а медицинские назначения воспринимают как сложные ограничения. В этой ситуации медицинская сестра помогает перевести рекомендации на язык повседневной жизни: объясняет, зачем нужен ежедневный контроль веса, почему нельзя самостоятельно отменять препараты, как заметить задержку жидкости и когда нужно связаться с кабинетом ХСН. При очном и дистанционном контакте уточняются самочувствие, наличие одышки, отёков, прибавки массы тела, соблюдение терапии, питания и питьевого режима. У пациентов до и после трансплантации сердца сестринское сопровождение дополнительно помогает поддерживать приверженность лечению, понимать этапы наблюдения и постепенно адаптироваться к жизни дома.
Заключение. Кабинет ХСН помогает сохранить связь между стационаром и пациентом после выписки. Медицинская сестра не заменяет врача, но ежедневно поддерживает пациента в тех вопросах, от которых зависит стабильность его состояния дома. Амбулаторное и дистанционное сопровождение помогает пациенту лучше понимать своё заболевание, внимательнее относиться к симптомам и своевременно обращаться за медицинской помощью. Лечение ХСН начинается в стационаре, но дальнейшая устойчивость пациента во многом формируется дома.

ИНСТРУМЕНТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ: КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД.

Космагамбетова С.
Корпоративный фонд «University Medical Center», Астана, Казахстан

Цель: Определить роль инструментов профилактики неблагоприятных событий в сестринской практике кардиологического профиля и показать их значение для безопасного сопровождения пациентов, нуждающихся в длительном наблюдении, высокотехнологичных вмешательствах, трансплантационном сопровождении и механической поддержке кровообращения.
Материал и методы исследований: Выполнен аналитический обзор международных и казахстанских публикаций, посвященных безопасности пациента, культуре безопасности, коммуникации в клинической команде, профилактике медикаментозных ошибок, человеческим факторам и анализу инцидентов. Полученные данные сопоставлены с практическими задачами сестринской службы в кардиологии. Учитывался опыт Корпоративного фонда «University Medical Center» в стационарном и амбулаторном сопровождении пациентов кардиологического профиля.
Результаты исследований: По результатам анализа установлено, что предупреждение неблагоприятных событий в кардиологии во многом зависит от действий медицинской сестры у постели пациента. Именно медицинская сестра чаще всего первой замечает изменение дыхания, боли, слабости, диуреза, поведения пациента, признаки кровотечения или инфекции, риск падения и несоответствие в назначениях. Международные исследования подтверждают, что безопасность пациента повышается при использовании стандартизированной коммуникации, открытого обсуждения рисков, командного взаимодействия и системного разбора ошибок. В сестринской практике наиболее значимыми являются передача информации по принципу «ситуация - клинический фон - оценка - рекомендация», передача смены у постели пациента, повторное подтверждение устных назначений, двойная проверка препаратов высокого риска, пауза перед потенциально опасным действием, краткое обсуждение рисков в команде, разбор инцидентов и анализ почти совершенных ошибок. Эти инструменты помогают уменьшить потерю информации, своевременно выявлять ухудшение состояния и предупреждать вред пациенту.
Заключение: Профилактика неблагоприятных событий в кардиологической сестринской практике должна опираться не только на алгоритмы, но и на клиническую внимательность, ответственность и культуру открытого сообщения о рисках. Медицинская сестра является важным участником системы безопасности пациента, поскольку ежедневно наблюдает, оценивает, перепроверяет и передает критически значимую информацию. Использование инструментов культуры безопасности способствует

снижению клинических рисков и повышению качества помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА УРОВНЕ ПМСП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Бегдилдаев А.Т., Джошибаев С.
ТОО «Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии», Тараз

Актуальность
Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остаётся одной из ведущих причин госпитализации, смертности и снижения качества жизни пациентов. На уровне первичной медико-санитарной помощи сохраняются проблемы позднего выявления декомпенсации, недостаточного контроля терапии и высокой частоты повторных госпитализаций. Современные цифровые технологии и алгоритмы искусственного интеллекта (ИИ) открывают возможности для персонализированного амбулаторного наблюдения и ранней стратификации риска.
Цель исследования
Оценить современные подходы к амбулаторному ведению пациентов с ХСН с использованием телемониторинга, цифровых технологий и ИИ-основанной стратификации риска.
Материалы и методы
Проведён аналитический обзор научной литературы за 2018–2025 гг. по базам PubMed, Scopus и Web of Science. Включены рандомизированные клинические исследования, когортные исследования, метаанализы и клинические рекомендации, посвящённые амбулаторному ведению ХСН, телемониторингу и применению машинного обучения.
Результаты
Установлено, что nurse-led и мультидисциплинарные модели наблюдения способствуют снижению смертности и частоты госпитализаций у пациентов с ХСН. Использование телемониторинга позволяет выявлять признаки декомпенсации на ранних стадиях и своевременно корректировать терапию. Алгоритмы машинного обучения (XGBoost, SHAP) демонстрируют высокую точность прогнозирования риска госпитализации и летальности (AUC 0,75–0,82). Интеграция цифровых технологий способствует улучшению достижения целевых доз guideline-directed medical therapy (GDMT) и повышению приверженности лечению.
Выводы
Интеграция искусственного интеллекта, телемониторинга и риск-ориентированного подхода в систему ПМСП является перспективным направлением оптимизации амбулаторного ведения пациентов с ХСН. Использование цифровых технологий позволяет повысить эффективность наблюдения, улучшить клинические исходы и снизить нагрузку на систему здравоохранения.
Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, искусственный интеллект, телемониторинг, стратификация риска, ПМСП, амбулаторное наблюдение.

ПАРТНЕРСТВО ВМЕСТО ИЕРАРХИИ: КАК ТАНДЕМ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ МЕНЯЕТ СОВРЕМЕННУЮ МЕДИЦИНУ КАЗАХСТАНА

Г.Е. Надирбекова
Корпоративный фонд «University Medical Center», Астана, Республика Казахстан

Цель. Рассмотреть роль сестринского лидерства и партнерского взаимодействия врача и медицинской сестры в развитии современной системы здравоохранения Казахстана, а также определить основные направления дальнейшего развития сестринского дела в условиях реформирования отрасли.
Материалы и методы. Проведен анализ международных и национальных документов по вопросам развития сестринского дела, лидерства медицинских сестер и междисциплинарного взаимодействия, а также изучен опыт Корпоративного фонда UMC по развитию сестринского лидерства и кардиологической службы.

Результаты. Современное здравоохранение сталкивается с дефицитом медицинских кадров, ростом числа пациентов с хроническими заболеваниями и необходимостью повышения качества медицинской помощи. В этих условиях возрастает роль медицинской сестры как активного участника мультидисциплинарной команды. Одним из наиболее эффективных подходов к развитию кадрового потенциала является трансформационное лидерство, основанное на вовлечении сотрудников в процессы принятия решений, поддержке инициатив и развитии профессиональной ответственности.
В Казахстане развитие сестринского дела остается одним из приоритетных направлений модернизации здравоохранения. Национальный план развития Республики Казахстан до 2029 года предусматривает укрепление кадрового потенциала здравоохранения, развитие непрерывного профессионального образования и повышение качества медицинских услуг. Дополнительным подтверждением происходящих изменений являются результаты казахстанского исследования, опубликованного в международном рецензируемом журнале *Healthcare* в 2024 году. Авторы отмечают, что медицинские сестры расширенной практики положительно оценивают возможность самостоятельного консультирования пациентов, связывая это с повышением профессиональной ответственности, качества коммуникации и доступности медицинской помощи.
Особое значение лидерство медицинских сестер приобретает в кардиологической службе. Пациенты с хронической сердечной недостаточностью и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями нуждаются в длительном наблюдении и сопровождении. В систематическом обзоре Xiaoxiao Wu, Zhen Li, Qingxiu Tian, Shiming Ji и Chen Zhang (2024) показано, что специализированные программы сестринского сопровождения пациентов с хронической сердечной недостаточностью способствуют улучшению клинических результатов и эффективности долгосрочного наблюдения.
Практика UMC подтверждает важность инвестиций в развитие медицинских сестер. Школа кардиологических медицинских сестер, образовательные программы и проекты по безопасности пациентов способствуют укреплению лидерских компетенций и более активному участию медицинских сестер в лечебном процессе.
Существенный вклад в развитие профессии вносит Республиканское общественное объединение специалистов сестринского дела «Парыз». Ассоциация способствует развитию профессионального сообщества, поддерживает образовательные и научные инициативы и создает возможности для обмена опытом. Важным этапом развития отечественного сестринского дела стало укрепление международного сотрудничества через взаимодействие с Международным советом медицинских сестер (ICN), что способствует внедрению лучших мировых практик и современных подходов к развитию сестринского лидерства.
Заключение. Развитие сестринского лидерства и партнерских отношений между врачом и медицинской сестрой является важным условием дальнейшего совершенствования системы здравоохранения. Опыт UMC демонстрирует, что инвестиции в образование, наставничество и профессиональное развитие медицинских сестер способствуют повышению качества кардиологической помощи и реализации приоритетов здравоохранения Республики Казахстан.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ПОЭТАПНЫХ ПРОЦЕДУР ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ИБС

Иоселиани Д.Г., Лапочкина О.Б., Чернышева И.Е., Степанов А.В., Ковалева Е.Е., Сандодзе Т.С., Панков А.Н., Семитко С.П.

Цель
Оценить отдаленные результаты сочетанного применения TAVI и чрескожного коронарного вмешательства у пожилых пациентов высокого хирургического риска с тяжелым аортальным стенозом, включая одномоментную и поэтапную (ЭВП до или после TAVI) стратегии.

Методы

В Научно-практическом центре интервенционной кардиоангиологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ (г.Москва) с мая 2012 года по декабрь 2025 года у 269 пациентов выполнена транскатетерная имплантация аортального клапана (TAVI) (ср возраст 80,3±7,4 года, женщины — 65,3%, артериальная гипертензия — 93,4%, сахарный диабет — 28,7%, ХСН III–IV ФК — 50,9%). В зависимости от очередности выполнения вмешательств пациенты, перенесшие TAVI, были распределены на три группы: одномоментная стратегия (TAVI + ЭВП в ходе одной процедуры, n=55), поэтапная стратегия (ЭВП до или после TAVI, n=42) и группа изолированной TAVI (без сопутствующего коронарного вмешательства, n=172). Оценивались клинические характеристики, интраоперационные параметры (время флюороскопии, объем контрастного вещества), эхокардиографические показатели (пиковый и средний градиент на аортальном клапане, эффективную площадь отверстия (ЕОА), фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), степень аортальной и парапротезной регургитации в динамике). Анализировались отдаленные исходы: общая и сердечно-сосудистая выживаемость, частота рестеноза стентов, прогрессирование атеросклероза коронарных артерий, частота повторных госпитализаций, а также частота осложнений: кровотечений, гематом, контраст-индуцированной нефропатии (КИН), нарушений ритма сердца (НРС), необходимости имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) и летальности.

Результаты

Пациенты группы одномоментного вмешательства отличались более низким индексом массы тела (26,9±4,4 против 29,0±5,6 кг/м²), большей частотой стенокардии III–IV ФК (21,8% против 6,0%) и меньшей частотой постоянной формы фибрилляции предсердий (3,6% против 13,7%) по сравнению с группой поэтапной стратегии. Одномоментная стратегия сопровождалась увеличением времени флюороскопии (33,1±12,5 против 23,1±15,2 мин) и объема контраста (396,4±117,0 против 284,9±114,5 мл) по сравнению с поэтапной. По данным эхокардиографии, все группы продемонстрировали сопоставимое значимое снижение градиентов на аортальном клапане (средний градиент снизился с 48,2±12,4 до 12,3±4,1 мм рт.ст.) и увеличение эффективной площади отверстия без межгрупповых различий. Не выявлено статистически значимых различий между одномоментной и поэтапной стратегиями по динамике ФВ ЛЖ, частоте значимой парапротезной регургитации и снижению СДЛА. При анализе осложнений частота контраст-индуцированной нефропатии не различалась между группами (12,7% в группе одномоментной стратегии против 11,9% в группе поэтапной и 9,2% в группе изолированной TAVI). Частота нарушений ритма сердца также была сопоставима (9,1% в группе одномоментного вмешательства против 8,3% в группе поэтапного вмешательства против 8,5% в группе изолированного вмешательства). Необходимость имплантации постоянного электрокардиостимулятора после процедуры не различалась между группами (14,5% при одномоментной стратегии против 11,9% при поэтапной и 12,0% при изолированной TAVI). 30-дневная летальность составила 1,8% в группе одномоментной стратегии, 2,4% в группе поэтапной и 1,4% в группе изолированной TAVI), без статистически значимых различий. При анализе отдаленных результатов не получено различий между группами по показателям выживаемости, частоте сердечно-сосудистых событий, рестеноза стентов и прогрессирования атеросклероза коронарных артерий. При этом одномоментная стратегия позволила сократить сроки госпитализации и уменьшить количество повторных госпитализаций, количество вмешательств по сравнению с поэтапной. Независимыми факторами выбора одномоментной стратегии явились старший возраст, выраженная стенокардия, мужской пол и отсутствие постоянной формы фибрилляции предсердий.

Выводы

Сочетанное выполнение TAVI и ЭВП у пожилых пациентов высокого хирургического риска с тяжелым аортальным стенозом и ИБС демонстрирует благоприятные отдаленные результаты как при одномоментной, так и при поэтапной стратегии. Одномоментный подход, несмотря на увеличение интраоперационной нагрузки (объема контраста и времени флюороскопии), не сопровождается достоверным повышением частоты контраст-индуцированной нефропатии, нарушений ритма сердца, необходимости имплантации ЭКС и летальности, а также не ухудшает выживаемость и гемодинамические показатели протеза по сравнению с поэтапной стратегией, что подтверждает его безопасность и клиническую обоснованность.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В КАРДИОЛОГИИ: СЕСТРИНСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Оспанова Айсулу
Корпоративный фонд «University Medical Center», Астана, Казахстан

Цель. Показать значение сестринского обучения пациентов вопросам питания в комплексном ведении сердечно-сосудистых заболеваний и профилактике прогрессирования атеросклероза.
Материал и методы. Проведен анализ современных международных рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, публикаций по нутритивной поддержке кардиологических пациентов, исследований по сестринскому обучению, а также актуальных казахстанских данных по гиперхолестеринемии и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.
Результаты. Питание относится к числу факторов, которые оказывают непосредственное влияние на течение сердечно-сосудистых заболеваний. Особое значение это имеет для пациентов с атеросклерозом, дислипидемией и хронической сердечной недостаточностью. Изменение пищевых привычек способствует улучшению липидного профиля и снижению сердечно-сосудистого риска. По данным современных казахстанских исследований, гиперхолестеринемия остается распространенной проблемой среди взрослого населения, что подчеркивает необходимость дальнейшего развития профилактических программ и повышения информированности пациентов.
В Казахстане вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и формирования культуры здорового питания уделяется все больше внимания. Образовательные программы рассматриваются как один из доступных инструментов повышения осведомленности населения о факторах риска и возможностях их контроля.
Важную роль в этой работе играет медицинская сестра. Во время консультирования пациентам разъясняются принципы кардиопротективного питания, значение контроля массы тела, ограничения потребления соли и насыщенных жиров, а также связь между уровнем холестерина и развитием атеросклероза. Международный опыт показывает, что образовательные программы с участием медицинских сестер способствуют лучшему соблюдению рекомендаций по изменению образа жизни и более активному участию пациентов в процессе лечения.
В КФ «University Medical Center» одним из направлений профилактической работы является обучение пациентов в рамках Школы кардиологии. Во время занятий медицинские сестры обсуждают вопросы питания, контроля факторов риска, самоконтроля и профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Наиболее часто пациенты интересуются влиянием холестерина на состояние сосудов, допустимым количеством соли в рационе и особенностями питания при сердечной недостаточности. Практический опыт показывает, что после обучения пациенты лучше понимают цели лечения, активнее участвуют в контроле факторов риска и более ответственно относятся к рекомендациям по питанию и образу жизни.
Заключение. Нутритивная поддержка является важной составляющей кардиологической помощи. Сестринское обучение помогает пациентам сформировать навыки здорового питания, повысить приверженность рекомендациям и уделять больше внимания контролю факторов риска. Практический опыт показывает, что регулярное обучение вопросам питания способствует более осознанному отношению пациентов к своему здоровью и может рассматриваться как одно из направлений профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПО ДАННЫМ ИЗМЕРЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА

Хощанов Е.Е., Риб Е.А., Садыкова Д.З., Бикташев Д.Б., Бектасова Б.Б., Бокаева А.А.
НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Актуальность. Аритмогенез при обострении бронхообструктивных заболеваний - в первую очередь бронхимальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) - это частое осложнение даже у пациентов, не имеющих каких-либо коморбидных состояний или факторов риска заболеваний органов системы кровообращения. Патогенез нарушений ритма у пациентов с бронхообструкцией включает не только высокое давление наполнения правых камер и перегрузку правого желудочка (ПЖ) давлением, но и побочные действия бета-2-агонистов, бронхолитиков группы теофиллина, а также значительные разнообразные изменения внутрисердечной и системной гемодинамики в условиях гипоксии.

Целью данной работы было изучение возможности прогнозирования развития нарушений ритма в период обострения и его восстановления у пациентов с брохообструктивным синдромом.

Материалы и методы. На базе многопрофильной городской больницы мы наблюдали за 78 пациентами, госпитализированными по поводу обострения БА и ХОБЛ. Всем пациентам, которые соответствовали критериям включения (возраст 18-65 лет, отсутствие ранее верифицированных наджелудочковых и желудочковых тахиаритмий, отсутствие беременности и патологии щитовидной железы, отсутствие тяжелой патологии почек выше стадии 3А ХБП), были проведены рутинные антропометрические, лабораторные (определение уровня калия, креатинина, ТТГ, Т4 свободного, общий анализ крови), инструментальные исследования (ЭКГ, экспертная трансторакальная ЭхоКГ, дополненная определением продольной глобальной деформации миокарда правого желудочка при достаточном качестве визуализации, 12-канальное или 3 -канальное ХМЭКГ на протяжении не менее 21 часа). Из исследования также исключались пациенты с кислородозависимостью, приемом препаратов для снижения давления в легочной артерии, диагностированными любыми формами легочной гипертензии и коронарогенными и некоронарогенными заболеваниями сердца). Исследование проведено в рамках программы грантового финансирования ИРН AP26102657 «Оценка предикторов жизнеугрожающих нарушений ритма у пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями».

Результаты. Среди пациентов 49 (63%) были с обострением ХОБЛ и 29 (37%) - с обострением БА; 36 женщин (46%). Средний возраст обследуемых 46±11,4 лет (95% ДИ 31,4-58,5). Средняя продолжительность бронхообструктивного заболевания составляла 6,7±3,7 лет. Пациенты получали следующую терапию: иГКС и бета-2-агонисты длительного действия (51%), только бета-2-агонисты длительного действия (46%) и 3% пациентов не имели базисной терапии и получали нерегулярно бета-2-агонисты короткого действия. По данным рутинных обследований уровень калия ни у одного из пациентов не выходил за рамки референсных значений лаборатории, у 3 пациентов была выявлена гипохромная анемия легкой степени, у 1 пациента легкая нормохромная анемия. По данным ЭКГ (запись не менее 10 секунд) были выявлены предсердные экстрасистолы (12 пациентов), одиночные желудочковые экстрасистолы (6 пациентов), группы предсердных экстрасистол и пробежки предсердной очаговой тахикардии не более 6 комплексов (у 4 пациентов), у 1 пациента был зафиксирован нижнепредсердный ускоренный ритм. По данным ХМЭКГ у 2 пациентов в ночной период была выявлена пароксизмальная ФП со спонтанным восстановлением синусового ритма, суммарная продолжительность эпизодов для каждого пациента была не более 10 минут. Среди других нарушений ритма наиболее часто встречались предсердные политопные экстрасистолы (38% пациентов), предсердный неустойчивый ритм (22%) и предсердная очаговая неустойчивая тахикардия (13%), эпизод устойчивой многофокусной предсердной тахикардии (продолжительностью не более 2 минут), у 3 пациентов была отмечена мономорфная желудочковая экстрасистолия, в том числе парная, в количестве более 500 комплексов за 24 часа мониторирования.

Для дальнейшего анализа были выбраны случаи выявления частой (свыше 500 комплексов за 24 часа мониторирования) предсердной и желудочковой экстрасистолии, очаговой и многофокусной предсердной устойчивой и неустойчивой тахикардии (суммарно 52 пациента). При сравнении эхокардиографических показателей между группами пациентов с и без аритмического синдрома было выявлено, что у пациентов с аритмиями в 90% случаев обострение бронхообструктивного заболевания проходило с симптомами гиповолемии и снижения венозного возврата к правым камерам до степени VexUS I-II (p=0,013). Также среди пациентов с аритмиями чаще встречался гипердинамический тип гемодинамики ЛЖ (24%, p=0,001), сверхнормальная сократимость ЛЖ и ПЖ (18%, p=0,003), было достоверно выше расчетное систолическое давление в легочной артерии (35,3±3,3 мм.рт.ст. против 25,8±5,4 мм.рт.ст., p=0,041), среднее давление в легочной артерии имело тенденцию к статистическому различию (25,3±4,8 мм.рт.ст. против 18,2±3,7 мм.рт.ст., p=0,048), показатели тканевого допплера S’ не

различались в этих двух группах (p=0,122), так же как и показатели FAC ПЖ (34±5,3% против 38,3±4,4%, p=0,322). Показатели глобальной деформации миокарда правого желудочка значимо отличались и были достоверно хуже в группе пациентов с аритмиями (общая деформация -14,5% против -18,9% в группе без аритмий, p=0,015; деформация свободной стенки правого желудочка - 13,4% против -15,6% соответственно, p=0,032).

Заключение. Таким образом, обострение бронхообструктивных заболеваний создает «фон» для аритмий за счет одновременного воздействия хронического воспаления, гипоксии и относительной гиповолемии. Наличие частых наджелудочковых экстрасистолий и очаговых тахикардий у данных пациентов служит маркером неблагоприятного гемодинамического состояния - низкой преднагрузки и перегрузки малого круга кровообращения, что повышает риск перехода к манифестной фибрилляции предсердий и ухудшает прогноз. В целом наши данные подтверждают, что аритмия в контексте обострения бронхообструктивного синдрома является индикатором тяжелого течения заболевания и требует ее профилактики и лечения для снижения рисков сердечно-сосудистых осложнений. Следовательно, полученные результаты подчеркивают важность раннего выявления и мониторинга аритмий при обострениях ХОБЛ и БА.

ФОРМИРОВАНИЕ КЛАССОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АУТОИММУННОГО ДИАБЕТА У ВЗРОСЛЫХ

Тлеумагамбетова Б.Б., Кудабаева Х.И.
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Введение. Впервые выявленный сахарный диабет у взрослых неоднороден по своей природе. Отдельные лабораторные маркеры не позволяют надёжно отличить аутоиммунный вариант заболевания от метаболического. Поэтому актуальна разработка системы стратификации пациентов на основе сочетания клинических признаков.

Цель. Сформировать классы риска развития аутоиммунного диабета у взрослых на основе показателей функции β-клеток, метаболического статуса и иммуновоспалительного баланса.

Материалы и методы. Обследовано 240 пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом взрослого возраста. Изучались базальный С-пептид, HOMA2-%B, ИМТ, HOMA2-IR, HbA1c и соотношение IL-1β/IL-1Ra. Целевым признаком был статус островковой аутоантительной серопозитивности. Для построения решающих правил применён метод рекурсивной классификации CART. Диагностическая эффективность оценивалась по ROC-анализу, индексу Юдена и показателю Брайера. Доверительные интервалы рассчитаны методом бутстрэпа (1000 итераций).

Результаты. Выявлена трёхуровневая иерархия предикторов. Ведущий уровень составили показатели функции β-клеток (HOMA2-%B и С-пептид, суммарный вклад 51,9%). Второй уровень образовали маркеры метаболического статуса (HOMA2-IR и ИМТ, 33,2%). Третий уровень представлен иммуновоспалительным балансом IL-1β/IL-1Ra (9,8%). Вклад HbA1c оказался минимальным (5,1%), и в решающие правила этот признак не вошёл.

На основе иерархического алгоритма выделено 9 клинико-патогенетически однородных классов риска, объединённых в три категории:высокого риска (классы I–III) с частотой аутоиммунного фенотипа от 70 до 86%;промежуточного риска (классы IV–VI) с частотой от 36 до 59%;низкого риска (классы VII–IX) с частотой от 0 до 24%.

Диагностические характеристики системы: точность 0,775 (95% ДИ 0,725–0,829), чувствительность 0,726, специфичность 0,792, NPV 0,892, AUC = 0,814 (95% ДИ 0,754–0,875). Многомерная система достоверно превосходила изолированную оценку С-пептида (AUC = 0,651; $p < 0,001$ по тесту DeLong). Показатель Брайера 0,172 подтвердил приемлемое соответствие прогнозируемой и наблюдаемой частоты аутоиммунного фенотипа.

Заключение. Разработанная система стратификации использует доступные в рутинной практике показатели и позволяет выделить пациентов, которым в первую очередь необходимо обследование на островковые аутоантитела. Высокая прогностическая ценность отрицательного результата (NPV =

0,892) даёт возможность рационально распределять диагностические ресурсы и своевременно выявлять скрытые аутоиммунные формы диабета у взрослых.

РЕАЛЬНАЯ ПРАКТИКА ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: АНАЛИЗ ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ

Елтаева А.Ж., Ғұмарова Д.Н.
Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №2 Ешниязов Н.Б., к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №2 Медовщиков В.В.
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Актуальность. Тромболитическая терапия (ТЛТ) остается важной реперфузионной стратегией при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST), особенно при ограниченной доступности своевременного первичного ЧКВ. Регулярный мониторинг процедуры ТЛТ необходим для выявления организационных проблем и повышения качества помощи.
Цель. Оценить реальную практику проведения ТЛТ у пациентов с ИМспST с анализом временных показателей, выполнения протокола, категории медицинского работника, инициировавшего терапию, и факторов, связанных с успешностью реперфузии.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ИМспST, которым выполнена ТЛТ, за период с 2023 года по май 2026 года. В анализ включены 66 пациентов с доступными клинико-лабораторными и инструментальными данными. Оценивались демографические характеристики, факторы сердечно-сосудистого риска, медицинский работник, назначивший ТЛТ – кардиолог, врач общей практики (ВОП), терапевт или сотрудники сокрой медицинской помощи (СМП), время от индексного события до первого медицинского контакта и до начала ТЛТ, медикаментозное сопровождение, проведение коронарографии/стентирования и признаки успешной реперфузии. Успешность ТЛТ определялась по уменьшению подъема сегмента ST на 50% и клинической динамике болевого синдрома. Статистический анализ выполнен в StatTech v.4.14.2; значимыми считали различия при $p<0,05$.
Результаты. Средний возраст пациентов составил 57,24±11,82 года; мужчины – 78,8%. Артериальная гипертензия выявлена у 65,2%, курение – у 56,1%, ожирение – у 37,9%, сахарный диабет – у 22,7%. Медиана времени от индексного события до первого контакта с медицинским работником составила 75 минут, до начала ТЛТ – 132,5 минуты. Коронарография в госпитализацию выполнена у 97,0%, стентирование инфаркт-связанной артерии – у 87,9% пациентов. Нагрузочная доза аспирина назначена 87,9%, клопидогрела – 86,4%, гепарин 5000 ЕД введен 66,7% пациентов. В структуре инициаторов ТЛТ преобладали ВОП/терапевты – 50,0%; кардиологи составили 25,8%, сотрудники скорой медицинской помощи (СМП) – 24,2%. Частота успешной ТЛТ достоверно не различалась между группами: 58,8% при назначении кардиологом, 51,5% – ВОП/терапевтом и 56,2% – СМП ($p=0,875$). Время до начала ТЛТ было численно короче при инициации СМП – 105 минут против 135 минут в группе ВОП/терапевтов и 180 минут в группе кардиологов, однако различия не достигли статистической значимости. В общей выборке ТЛТ была успешной у 54,5% пациентов. Неуспешная ТЛТ ассоциировалась с более высоким ИМТ: 31,0 против 25,89 кг/м² ($p<0,001$), более частым ожирением: 56,7% против 22,2% ($p=0,004$), большей гликемией при поступлении: 8,66 против 6,53 ммоль/л ($p<0,001$), более высокой глюкозой натощак: 6,80 против 5,45 ммоль/л ($p=0,030$), гипергликемией ≥11,1 ммоль/л: 33,3% против 5,6% ($p=0,008$), а также снижением СКФ <60 мл/мин/1,73 м²: 20,0% против 2,8% ($p=0,041$). Инициатор ТЛТ не был связан с эффективностью реперфузии.
Заключение. В реальной практике ТЛТ при ИМспST часто инициируется врачами первичного звена и СМП, а ее эффективность сопоставима с назначением кардиологом. Основными факторами, ассоциированными с неуспешной ТЛТ, были ожирение, гипергликемия и снижение СКФ. Регулярный аудит сроков, полноты выполнения протокола и результатов ТЛТ может способствовать повышению качества реперфузионной помощи пациентам с ИМспST.

КОМБИНИРОВАННЫЙ БИОМАРКЕРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РЕСТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РАНЕЕ ВЫПОЛНЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Бошанов Ж.Б., Курманалина Г.Л., Жолдин Б.К., Медовщиков В.В., Ешниязов Н.Б. Көптілеуова Б.Д., Лұқпанова А.Е., Көшерова Ұ.Ж.
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Цель исследования: Оценить значение биомаркеров миелопероксидазы (MPO), p-селектина (SELP) и полиморфизмов VEGFA rs2010963, AGTR1 rs5186 для прогнозирования рестеноза у пациентов с ОКС после ЧКВ.
Материалы и методы: В исследование включены 122 пациента с острым коронарным синдромом после ранее выполненного ЧКВ с имплантацией коронарного стента. В зависимости от статуса рестеноза пациенты были разделены на две группы: без рестеноза – 62 пациента, с рестенозом – 60 пациентов. У всех пациентов определяли уровни MPO и SELP, а также проводили генотипирование полиморфизмов VEGFA rs2010963 и AGTR1 rs5186. Биомаркеры анализировали как стандартизированные показатели, генетические варианты – по аддитивной модели. Для оценки прогностической значимости использовали логистическую регрессию, ROC-анализ с расчётом площади под кривой (AUC), чувствительности, специфичности и общей точности.
Результаты: У пациентов с рестенозом выявлены статистически значимо более высокие уровни MPO и SELP. Концентрация MPO составила 4,16 (3,36; 5,19) нг/мл в группе рестеноза против 3,42 (2,67; 4,51) нг/мл у пациентов без рестеноза, p=0,007. Уровень SELP также был выше при рестенозе: 956,74 (903,31; 1015,88) пг/мл против 897,74 (831,51; 966,49) пг/мл, p=0,001. При объединении MPO, SELP, VEGFA rs2010963 и AGTR1 rs5186 прогностическая способность комбинации была умеренной: AUC=0,682; 95% ДИ: 0,585–0,779. В многофакторном анализе SELP сохранял независимую статистически значимую связь с рестенозом: повышение SELP на 1 стандартное отклонение ассоциировалось с увеличением шансов рестеноза в 1,77 раза: OR=1,77; 95% ДИ: 1,17–2,69; p=0,007. Полиморфизмы VEGFA rs2010963 и AGTR1 rs5186 не показали независимой значимой ассоциации с рестенозом. Добавление генетических маркеров к биомаркерной комбинации не улучшало прогностическую способность статистически значимо: ΔAUC=0,010; LR p=0,623. Добавление биомаркеров MPO и SELP к генетической комбинации значимо улучшало прогнозирование рестеноза: LR p=0,008.
Заключение: У пациентов с острым коронарным синдромом после ранее выполненного ЧКВ SELP продемонстрировал наибольшую прогностическую значимость и оставался независимым предиктором рестеноза в многофакторном анализе. Комбинация MPO, SELP, VEGFA rs2010963 и AGTR1 rs5186 обеспечила умеренную прогностическую способность, добавление генетических полиморфизмов к биомаркерам не сопровождалось статистически значимым приростом.

УЛЬТРАВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭКГ В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИНХРОННОСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Аскаркызы А.[1], Мухатаева К.М.[1]
Научный руководитель: PhD-докторант Есенов Т.К.
[1]Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан

Введение. Физиологическая кардиостимуляция, включая стимуляцию области левой ножки пучка Гиса, рассматривается как альтернатива традиционной правожелудочковой стимуляции. Правожелудочковая стимуляция может сопровождаться расширением комплекса QRS и формированием электрической диссинхронии. Ультравысокочастотная ЭКГ предоставляет возможность количественной оценки электрической диссинхронии и может повысить точность сравнения различных стратегий кардиостимуляции.

Цель исследования. Сравнить изменения длительности комплекса QRS и показателей электрической синхронности желудочков при стимуляции области левой ножки пучка Гиса и правожелудочковой стимуляции.
Материалы и методы исследования. Проведен одноцентровый сравнительный анализ пациентов после имплантации электрокардиостимулятора: 16 пациентов со стимуляцией области левой ножки пучка Гиса и 17 пациентов с правожелудочковой стимуляцией. Показатели оценивались в парном режиме: при собственном ритме и на фоне стимуляции. Регистрация ультравысокочастотной электрокардиографии проводилась на специализированном оборудовании для высокочастотного анализа электрокардиографического сигнала с последующим расчетом параметров желудочковой активации. Анализировались длительность QRS, абсолютное значение VED16 и средняя желудочковая задержка MeanVD. Данные представлены как среднее ± стандартное отклонение; для парных сравнений использовался критерий Уилкоксона.
Результаты исследования. В группе стимуляции области левой ножки пучка Гиса длительность QRS уменьшилась с 119,8 ± 34,9 до 108,1 ± 12,9 мс, однако различие не достигло статистической значимости (p=0,215). Абсолютное значение VED16 оставалось стабильным: 16,3 ± 15,2 против 16,9 ± 12,9 мс (p=0,594). MeanVD существенно не изменялся: 43,5 ± 15,7 против 42,2 ± 10,4 мс (p=0,679). В группе правожелудочковой стимуляции длительность QRS увеличилась с 102,9 ± 20,3 до 137,3 ± 18,2 мс (p=0,0008), абсолютное значение VED16 — с 12,5 ± 14,7 до 30,0 ± 14,9 мс (p=0,0046), MeanVD — с 38,8 ± 8,4 до 54,1 ± 10,9 мс (p=0,0011).
Заключение. Стимуляция области левой ножки пучка Гиса ассоциировалась с сохранением электрической синхронности желудочков. В отличие от этого, правожелудочковая стимуляция сопровождалась достоверным расширением комплекса QRS и увеличением показателей электрической диссинхронии. Полученные данные подтверждают ценность ультравысокочастотной электрокардиографии как метода количественной оценки желудочковой активации.

РОЛЬ ИНДЕКСИРОВАНИЯ ОБЪЕМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ К КВАДРАТУ РОСТА ДЛЯ ОЦЕНКИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АГ И ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКГ

Ерназаров Ж.М.[1], Ибрашев Т.Д.[1], Егорова Е.В[1]. Ибрагимова И.Н.[1]
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Алматы, Казахстан

Актуальность. Оценка левого предсердия у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением крайне важна, так как их сочетание резко повышает риск структурного ремоделирования сердца, развития фибрилляции предсердий и сердечной недостаточности. Индексация объема левого предсердия по площади поверхности тела может недооценивать его размер у людей с ожирением и избыточным весом.
Целью данного исследования было определение информативности индексации объема левого предсердия по квадрату роста для раннего выявления увеличенного объема ЛП, в амбулаторной популяции больных артериальной гипертензией с ожирением и предожирением в городе Алматы (Казахстан).
Материал и методы. В настоящее исследование были включены пациенты с диагнозом АГ, с синусовым ритмом и индексом массы тела более 25 кг/м², обратившиеся на амбулаторный прием в клинику «Вектор Вита» за период с января по сентябрь 2025 года.
Каждому пациенту проводилось однократное клинико-инструментальное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальный осмотр, расчет индекса массы тела (ИМТ), регистрацию электрокардиограммы и трансторакальную эхокардиографию на аппарате PHILIPS CX-50. Объем левого предсердия (ОЛП) измерялся биплановым методом Симпсона в 4-камерном и 2-камерном изображениях и затем индексировался по площади поверхности тела (мл/м²) и по квадрату роста (мл/ч²). Индекс объема левого предсердия к росту² определялся увеличенным при значениях >18,5 мл/м² у мужчин и >16,5 мл/м² у женщин, индекс объема левого предсердия к площади поверхности тела определялся увеличенным ≥34мл/м². Из исследования исключались пациенты с первичной митральной

недостаточностью, митральным стенозом, протезированными клапанами – как состояния, которые влияют на размеры левого предсердия.

Результаты исследования. В исследование было включено 403 больных. Средний возраст составил – 62,7 лет и значимо не отличался в подгруппах. Избыточная масса тела была выявлена у 116, ожирение 1 степени – у 142, ожирение 2 степени – у 94 и ожирение 3 степени – 51 пациента.

С увеличением индекса массы тела увеличивался средний объем левого предсердия: при избыточной массе тела 61,1 мл, при ожирении 1 степени – 65,6 мл, при ожирении 2 степени – 68,4 мл и при ожирении 3 степени – 74,7мл/м². Однако при индексации объема левого предсердия к площади поверхности тела средние показатели по подгруппам оказались в пределах нормы: 27,4 мл/м² у пациентов с избыточной массой тела, при ожирении, соответственно росту степени ожирения: 28,8 мл/м², 29,8 мл/м², и 32,1 мл/м².

При индексации объема левого предсердия к квадрату роста показатели составили: при избыточной массе тела 21,8 мл/м² у мужчин и 21,2 мл/м² и увеличивались при ожирении 1 степени – 23,8 мл/м² и 22,8, мл/м² при ожирении 2 степени – 24,4 мл/м² и 24,1 мл/м² и при ожирении 3 степени – 27,7 мл/м²и 27,4 мл/м² соответственно.

Выводы. 1. У пациентов с артериальной гипертензией при увеличении индекса массы тела возрастает объем левого предсердия, однако при индексации его к площади поверхности тела средние показатели не превышают нормы.

2. При применении индекса объема левого предсердия квадрату роста – уже начиная с избыточной массы тела выявляется увеличение левого предсердия. Увеличение левого предсердия возрастает с повышение степени ожирения.

3. Индексация объема левого предсердия к квадрату роста имеет практический интерес для раннего выявления увеличения левого предсердия как маркера развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в будущем: фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности.

ПОЛИМОРФИЗМ CYP2C19*17 И РИСК КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Калимбетова А.Б.
НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Цель. Оценить взаимосвязь полиморфизма CYP2C19*17 в риске кровотечений после коронарного стентирования.

Материалы и методы исследований. Данное исследование является молекулярно-генетическим исследованием, дизайн исследования: случай -контроль. Основная группа включала 34 больных (46,57%) с верифицированной ИБС после процедуры чрескожного коронарного вмешательства с кровотечением, контрольная группа включала 39 больных (53,43%) с верифицированной ИБС после процедуры чрескожного коронарного вмешательства без признаков кровотечения. В основной группе средний возраст составил 63,25±8,7, из них 65 % мужчин, 35% женщин. В контрольной группе – 63,82±8,9, из них 87 % мужчин, 13% женщин соответственно. Предикторы развития осложнений у больных после коронарного стентирования представлены в виде отношения шансов (ОШ) и их 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты исследований. По данным оценки клинико-лабораторных характеристик риска развития осложнений было выявлено, что предикторами развития кровотечений у больных после ЧКВ на фоне ДАТ явились: женский пол (OR=3.405, p=0.027), наличие сахарного диабета (OR=2,399, p=0,046), ИМТ (OR=1.200, p=0,038), стентирование коронарных артерий (OR=1.045, p=0,030), уровень эритроцитов (OR= 2.292, p= 0.049), уровень тромбоцитов (OR= 3.964 , p= 0,048), гемоглобин (Hb) (OR=1.333 , p= 0,042), СОЭ (OR=1.008 , p=0,009), фракция выброса (OR=1.248, p= 0.043), скорость клубочковой фильтрации (OR=1.227 , p= 0.002). По данным проведенного исследования гена CYP2C19*17 C/T (полиморфизм) был выявлен у 9% пациентов на фоне двойной антитромбоцитарной терапии. При анализе генотипов в первой и второй группе статистически значимой разницы по генотипам 17 аллеля CYP2C19 выявлено не было. Для всех исследованных полиморфизмов получены значения Odds Ratio

(OR= 0.658), 95% доверительный интервал [0,145-2,984], что говорит об отсутствии ассоциации полиморфизма гена CYP2C19*17 с риском развития кровотечений.
Заключение. Развитие геморрагических осложнений после коронарного стентирования ассоциировано с рядом клинико-лабораторных факторов, отражающих метаболические, гематологические и кардиоренальные нарушения. Результаты исследования подтверждают важность персонифицированной оценки риска у пациентов, получающих двойную антитромбоцитарную терапию, с целью повышения эффективности и безопасности лечения.

РОЛЬ БЕЛКА KLOTHO В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Қожабаева А.Д., Мансурова Д.А., Касымова А.А., Жунуспекова А.С., Мансуров Д.Б.
Научный руководитель: PhD, ассоциированный профессор, заведующая кафедрой терапии Мансурова Д.А.
НАО «Медицинский университет Семей», Семей, Казахстан

Цель. Оценить роль белка Klotho в развитии острого повреждения почек и летальности, его взаимосвязь с клинико-лабораторными показателями у пациентов с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства.
Материалы и методы. В настоящее проспективное исследование включались пациенты с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства, госпитализированные в кардиологическое отделение БСМП г. Семей в период с сентября 2025 по март 2026 года, которым определяли уровень белка Klotho в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ELISA).
Результаты. В исследование были включены 86 пациентов с острым коронарным синдромом после чрескожного коронарного вмешательства. Средний возраст пациентов составил 63,26±9,63 лет; мужчин было 60 (69,8%), женщин – 26 (30,2%). При анализе показателей в зависимости от выживаемости выявлены статистически значимые различия уровня MCV, ФВ ЛЖ, шкалы GRACE и ИММЛЖ ($p<0,05$). У пациентов с летальным исходом отмечались более высокие значения MCV, шкалы GRACE и ИММЛЖ, а также более низкие показатели ФВ ЛЖ. У пациентов с острым повреждением почек (ОПП) установлено статистически значимое повышение уровня СОЭ по сравнению с пациентами без ОПП ($p<0,001$). При проведении корреляционного анализа выявлена умеренная прямая взаимосвязь между уровнем белка Klotho и количеством тромбоцитов (Rho=0,430; $p<0,001$). По данным линейного регрессионного анализа увеличение уровня тромбоцитов ассоциировалось с повышением концентрации белка Klotho (β=0,009; p=0,028), при этом модель объясняла 5,6% дисперсии уровня Klotho. При проведении бинарной логистической регрессии независимыми предикторами летального исхода являлись ФВ ЛЖ (OR=0,869; p=0,040), ИММЛЖ (OR=1,043; p=0,049) и шкала GRACE (OR=1,036; p=0,035). Прогностическая модель была статистически значимой ($p<0,001$) с высокой дискриминационной способностью (AUC=0,933). При построении логистической регрессионной модели ОПП установлено, что повышение СОЭ ассоциировалось с увеличением вероятности развития ОПП; модель являлась статистически значимой ($p<0,001$), площадь под ROC-кривой составила 0,787.
Заключение. Полученные результаты указывают на возможную роль белка Klotho в развитии летальности и острого повреждения почек у пациентов с ОКС после ЧКВ. Выявленная связь Klotho с уровнем тромбоцитов может отражать его участие в воспалительно-тромботических и кардиоренальных процессах. Снижение ФВ ЛЖ, повышение ИММЛЖ и шкалы GRACE ассоциировались с увеличением риска летальности, а повышение СОЭ - с развитием ОПП. Полученные данные подтверждают потенциальное прогностическое значение белка Klotho.
Исследование выполнено при финансовой поддержке Комитета науки Министерства образования и науки Республики Казахстан (грант «Жас Галым 2024-2026», № AP22688229).

СЕМЕЙНАЯ ГЕТЕРОЗИГОТНАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мағауина А.К.
Научный руководитель: врач-кардиолог высшей категории, MBA, координатор службы по липидологии Атырауской области Султанова А.Б.
НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан

Цель. Представить клинический случай семейной гетерозиготной гиперхолестеринемии (СГХ), выявленной в трёх поколениях одной семьи, и оценить роль каскадного скрининга в ранней диагностике и профилактике сердечно-сосудистых осложнений.
Материалы и методы. Исследование проведено на базе Атырауского областного кардиологического стационара. Обследованы члены одной семьи. Индексный пациент — мужчина 48 лет с клиническими проявлениями ишемической болезни сердца. В связи с отягощённым семейным анамнезом инициировано обследование родственников первой линии. Диагностика проводилась по критериям Голландских липидных клиник. Генетическое тестирование в рамках данного наблюдения не проводилось.
Всем участникам выполнено биохимическое исследование крови с определением липидного профиля, аполипопротеинов А и В, липопротеина(а), а также уровня мочевой кислоты и гомоцистеина. Каскадный скрининг применялся как основной метод выявления СГХ.
Результаты. У индексного пациента при коронарографии выявлена хроническая окклюзия передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии и стеноз правой коронарной артерии до 40%; выполнено стентирование. Отмечено повышение липопротеина(а) до 149 мг/дл. Семейный анамнез отягощён: у отца — инфаркт миокарда в 75 лет с выполненным аортокоронарным шунтированием; у матери — инфаркт в 64 года с трёхсосудистым поражением, инсульт и летальный исход в 68 лет.
Обследованы две сестры и трое детей пациента: у одной сестры (43 года) отклонений не выявлено. У другой сестры (55 лет), а также у двух сыновей и дочери зарегистрировано повышение липопротеина(а), соответствующее СГХ. У сестры с СГХ также диагностирована наджелудочковая тахикардия, выполнены электрофизиологическое исследование и радиочастотная аблация.
На основании оценки клинических данных, семейного анамнеза и лабораторных показателей пациенту и его детям, сестре был установлен диагноз СГХ.
В соответствии с клиническими рекомендациями индексному пациенту были даны рекомендации по образу жизни, назначена комбинированная липиднижающая терапия - розувастатин 20 мг/сут, эзетимиб 10 мг. Также был назначен препарат инклисиран. Детям и сестре пациента были назначены статины, для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, также своевременный контроль уровня холестерина и ЛПНП и изменения образа жизни.
Заключение. Представленный случай демонстрирует внутрисемейную вариабельность проявлений СГХ и проблему поздней диагностики, так как заболевание у индексного пациента выявлено после развития ишемической болезни сердца. Каскадный скрининг позволил выявить бессимптомные формы у детей на доклинической стадии, что подтверждает его высокую диагностическую ценность и значимость для профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В КАЗАХСТАНЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ, ВЫЖИВАЕМОСТЬ И СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мурадалиева М.[1], Мукаров М.[1], Дуйсенбай Г.[1], Каргабаева Н.[2], Жанболат А.[1], Аббай А.[2]
Научный руководитель: к.м.н., директор КАД кардиологии КФ UMC «Центр сердца» Мукаров М.А.
[1]Отделение кардиологии, Центр Сердца, University Medical Center, Астана, Казахстан
[2]Департамент Медицины, Школа Медицины Назарбаев Университета, Астана, Казахстан

Введение: Данные о легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) в странах Центральной Азии остаются ограниченными. Целью исследования было изучение клинического профиля, гемодинамических

характеристик, выживаемости и динамики стратификации риска у пациентов с ЛАГ, наблюдавшихся в национальном референсном центре Казахстана.

Методы: Проведен ретроспективный анализ 348 выписных эпикризов пациентов с госпитализацией по поводу ЛАГ (ICD-I27.0) за период 2020-2024 гг. После исключения повторных госпитализаций в исследование были включены 240 уникальных пациентов: идиопатическая ЛАГ (ИЛАГ, n=131), ЛАГ, ассоциированная с врожденными пороками сердца (ЛАГ-ВПС, n=91), и другие формы ЛАГ (n=18). Анализировались исходные демографические, клинические, эхокардиографические, лабораторные и гемодинамические показатели катетеризации правых отделов сердца. Анализ выживаемости выполнялся методом Каплана-Мейера с использованием log-rank теста. В подгруппе из 60 пациентов с повторными госпитализациями оценивалась динамика функциональных и риск-стратификационных параметров.

Результаты: В исследуемой когорте преобладали женщины (81,3%), средний возраст составил 40,4±14,3 года. Большинство пациентов имели выраженные симптомы заболевания: III–IV функциональный класс ВОЗ выявлен у 66,3% пациентов. Медиана времени от появления симптомов до обследования в специализированном центре ЛАГ составила 6,0 лет (IQR 2,0-10,0). Пациенты с ЛАГ-ВПС характеризовались более низкой сатурацией кислорода (93,0% против 96,0% при ИЛАГ, p=0,004), более высоким уровнем гемоглобина (143,1±28,5 против 127,8±23,4 г/л, p <0,001) и более высоким сердечным индексом (3,8±3,5 против 2,6±1,0 л/мин/м², p=0,009). Эхокардиографически выявлены значимые различия индекса конечно-диастолического и конечно-систолического объемов левого желудочка между группами (p=0,007 и p=0,006 соответственно), тогда как показатели ремоделирования правого желудочка существенно не различались. Среднее давление в легочной артерии составило 49,8±17,0 мм рт.ст., легочное сосудистое сопротивление 10,0±7,1 ед.Вуда. Анализ Каплана–Мейера не выявил статистически значимых различий выживаемости между этиологическими группами ЛАГ (log-rank p=0,062). В то же время стратификация риска по шкале COMPERA 2.0 четко разделяла пациентов по выживаемости; при этом наиболее низкая выживаемость наблюдалась в группе высокого риска. При динамическом наблюдении отмечено значимое увеличение базального диаметра правого желудочка (4,34±1,25 против 4,98±1,20 см, p=0,008) и индекса конечно-систолического объема левого желудочка (13,8±7,7 против 16,2±7,6 мл/м², p=0,005), тогда как сердечный индекс увеличился в процессе наблюдения (2,50±0,59 против 2,79±0,61 л/мин/м², p=0,002).

Заключение: Данное исследование представляет одну из первых реальных когорт пациентов с ЛАГ в Центральной Азии. Для пациентов были характерны поздняя диагностика и выраженные функциональные нарушения на момент первичного обращения. Стратификация риска по COMPERA 2.0 эффективно прогнозировала выживаемость, а динамическое наблюдение выявило прогрессирование ремоделирования правого желудочка несмотря на современную ЛАГ-специфическую терапию. Полученные результаты подчеркивают необходимость более раннего направления пациентов в специализированные центры и создания национального регистра ЛАГ в Казахстане.

SUSTAINED FUNCTIONAL AND ECHOCARDIOGRAPHIC BENEFITS OF LEFT BUNDLE BRANCH AREA PACING IN HFREF: SIX-MONTH SUPER-RESPONDER ANALYSIS

Мауленов Ш.М.
Научный руководитель: Турубаев Е.М. – интервенционный аритмолог
КФ UMC «Центр сердца», Астана, Казахстан

Background: Left bundle branch area pacing (LBBAP) restores near-physiological ventricular activation in patients with heart failure and reduced ejection fraction (HFrEF). Short-term improvements are reported, but medium-term outcomes and characteristics of super-responders remain underexplored.

Methods: We prospectively analyzed [n = 50] HFrEF patients who underwent LBBAP. Baseline and 6-month follow-up data included EF, EDV, ESV, EDD, ESD, GLS, NYHA class, and 6-minute walk test (6MWT). Super-responders were defined as patients achieving ≥15% absolute EF improvement or ≥1 NYHA class improvement.

Results: EF: Increased from 28.4 ± 5.6% to 39.8 ± 7.1% (Δ +11.4%, p < 0.001), with the largest gains seen in patients with baseline EF <30%. Ventricular remodeling: EDV decreased from 182 ± 36 mL to 158 ± 34 mL;

ESV from 132 ± 28 mL to 98 ± 27 mL ($p < 0.01$). Notably, patients with wider baseline QRS (>150 ms) experienced more pronounced volume reductions. Echocardiographic indices: EDD reduced from 65 ± 8 mm to 60 ± 7 mm; ESD from 54 ± 7 mm to 46 ± 6 mm. GLS improved from −9.2 ± 2.3% to −13.5 ± 2.8%, reflecting enhanced myocardial contractility. Functional status: Median NYHA decreased from 3.0 to 2.0; 72% of patients improved ≥1 class. Patients who showed early 3-month improvements continued to progress at 6 months, suggesting sustained benefit. Exercise capacity: 6MWT increased from 320 ± 85 m to 395 ± 90 m. Super-responders averaged 90 m improvement, highlighting real-world functional gains. Super-responders: 34% of patients achieved super-responder status; these patients often had non-ischemic etiology and longer baseline QRS. Safety: LBBAP capture was stable with low thresholds; no major procedural or device-related complications were observed.

Conclusions: Six-month follow-up demonstrates that LBBAP provides sustained improvements in ventricular function, exercise capacity, and clinical status in HFrEF patients. Super-responders not only show dramatic EF recovery but also substantial functional gains, particularly in those with non-ischemic cardiomyopathy and wide baseline QRS. These findings support LBBAP as a physiological pacing strategy capable of reversing adverse remodeling and improving quality of life in this population.

