



ФГБУ ДПО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Научно-практическая конференция «КАРДИОЭНДОКРИНОЛОГИЯ 2024»

27–28 марта 2024 г.



ТЕЗИСЫ

Москва, ул. Киевская, д. 2,
«Новотель Киевская»,
конференц-зал «Восточный экспресс»



27 марта: очно + онлайн-трансляция

28 марта: онлайн-формат

Сайт трансляции: endoconference.ru

Содержание

Влияние беременности на состояние женщин, страдающих сахарным диабетом.....3	
<i>Доброзракова А.В.</i>	
Артериальная гипертензия при гипотериозе5	
<i>Подурару Е.Д.</i>	
Сахарный диабет 2-го типа в сочетании с артериальной гипертензией и эндотелиальная дисфункция7	
<i>Данилова А.Д.</i>	
Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц с метаболическим синдромом8	
<i>Барабанова А.А.</i>	
Сравнительная оценка комбинированной гиполипидемической терапии у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском9	
<i>Сафьянова А.Д.</i>	
Возможности диагностики злокачественной патологии тиреоидного остатка у больных рецидивным зобом: ретроспективный анализ 11	
<i>Гордиенко Б.М.</i>	

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Доброзракова А.В.

dobrozrakova.nastya@bk.ru

Актуальность. За последние несколько десятков лет число беременных, страдающих сахарным диабетом (СД), существенно возросло. Следовательно, проблема беременности при СД приобретает все большее значение как с клинической, так и с научной точек зрения. Для успешного управления беременностью у женщин с СД важно проводить комплексное лечение, включающее контроль уровня глюкозы в крови, мониторинг давления, контроль веса, прием витаминов и минералов, а также регулярное наблюдение и консультации у врачей различных специальностей. Оптимальное управление беременностью у женщин с СД может уменьшить риск осложнений как для матери, так и для плода. Именно поэтому важно своевременно начинать планирование беременности, обеспечивая контроль уровня глюкозы задолго до зачатия и поддерживая его на оптимальном уровне во время беременности.

Цель исследования – изучить особенности, влияющие на состояние беременных женщин, страдающих СД. Просмотреть различные клинические наблюдения и на их основе сделать выводы согласно теме.

Методы. В данной работе рассматриваются такие важные аспекты, как здоровье плода, состояние матери, возможные осложнения, методы диагностики и лечения. Такой комплексный подход помогает более полно понять особенности беременности и своевременно предотвратить возможные проблемы. Также представлены различные статистические данные, анализы, вторичные данные, клинические случаи, которые затрагивают различные области организма беременной женщины.

Результаты. Как правило, состояние больной, страдающей СД, претерпевает три стадии изменений: примерно на 10-й неделе беременности, на 24–28-й неделе, а затем во время родов и в первые дни послеродового периода. Клинические исследования дают нам такую статистику: 10-я неделя беременности отличается тем, что в это время наблюдается повышение толерантности к глюкозе, которое длится в среднем 2–3 мес, сопровождается гипогликемическими комами, измененной чувствительностью к инсулину, что может вызвать необходимость снижения дозы инсулина в среднем на 34%. На 24–28-й неделе характерно понижение толерантности к глюкозе, возникает необходимость повышения дозы инсулина в среднем на 75%; такое состояние может длиться около 2 мес. В период лактации потребность в инсулине ниже, чем до беременности. Развитие клинического СД при беременности не редкость. Рассматривая историю болезни, которая представлена в статье, где пациентка на протяжении двух беременностей страдала СД и ацидозом, можно сказать, что у больной впоследствии развился постоянный СД, компенсируемый различными пероральными антидиабетическими средствами (а по прошествии нескольких лет – небольшой дозой инсулина).

Затрагивая изменения в метаболических процессах, можно сделать выводы: содержание инсулиновых антител на протяжении III триместра было значительно ниже,

чем у небеременных женщин соответствующего возраста; у беременных, больных СД, концентрация свободных жирных кислот (СЖК) в плазме выше, чем у здоровых женщин, а именно: при обследовании с помощью ТТГ понижение изначально более высоких концентраций СЖК в плазме натощак происходило одинаково как у больных СД, так и у здоровых женщин; проявлением гиперлипидемии служит трехкратное увеличение содержания триглицеридов в плазме натощак в течение III триместра; увеличивается содержание холестерина на 25%. Влияние беременности на обмен веществ проявляется более заметно у больных СД, чем у здоровых женщин; очевидно, что секреция инсулина не может быть усилена.

Влияние беременности на сосудистые осложнения: многие тяжелые осложнения беременности и значительная доля опасности перинатальной гибели плода возникают в результате сосудистых заболеваний. Усугубление сосудистых заболеваний в период беременности происходит примерно в 3% случаев. Еще до беременности имеется высокий риск развития ретинопатии. При беременности ретинопатия может изменить свое развитие как в положительную, так и в отрицательную сторону: ухудшение – 35%, улучшение – 22%, без изменений – 43%.

Выводы. Некоторым женщинам может потребоваться инсулинотерапия во время беременности для контроля уровня глюкозы в крови. Важно также регулярно контролировать уровень глюкозы даже после родов, чтобы своевременно выявить и контролировать развитие СД в будущем. Кроме того, важно проконсультироваться с врачом о планировании следующей беременности. Врач может назначить специальное наблюдение и программу для предотвращения повторения СД в следующей беременности и обеспечения безопасного вынашивания. Гестационный СД во время первой беременности повышает вероятность повторения при последующих беременностях. Делая выводы, мы говорим лишь о факторах риска, поэтому необходимо проводить профилактику. Женщины с СД, планируя беременность, должны тщательно следить за своим здоровьем и соблюдать все рекомендации врача, чтобы уменьшить риск повторения СД в следующих беременностях. Основные меры – контроль веса, сбалансированное питание и достаточный уровень физической нагрузки. При наступлении беременности таким пациенткам также могут назначить более ранний скрининг на уровень глюкозы.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
Подурару Е.Д.
Poduraruekaterina@yandex.ru

Введение. Такое заболевание, как артериальная гипертензия (АГ), имеет высокое распространение среди пациентов, при этом практически нет различия частоты заболеваемости между мужчинами и женщинами. Из-за устаревшего представления о нормальном артериальном давлении (АД) при гипотиреозе при выявлении АГ в ходе диагностики поиск может пойти в ошибочном направлении.

Актуальность. Сложности при диагностике гипотиреоза у больных с АГ обуславливают актуальность темы в современной медицине.

Цель исследования – изучить течение и лечение АГ на фоне гипотиреоза.

Методы и материалы. Мной был проведен анализ различной литературы. Щитовидная железа (ЩЖ) оказывает влияние на различные органы и их системы, в данном случае сердечно-сосудистую систему. АГ очень часто ассоциируется с заболеваниями ЩЖ, ее дисфункцией, особенно при гипотиреозе (встречается почти в три раза чаще, чем в случаях остальных распространенных заболеваний). При анализе данных литературных источников я могу сделать вывод, что АГ при гипотиреозе встречается у 15–50% больных, особенно у пациентов преклонного возраста. Наиболее частой причиной гипотиреоза является хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ). Частота гипотиреоза у этих больных достигает 20% и наиболее часто диагностируется при атрофической форме ХАИТ, реже у пациентов с подострым тиреоидитом; стойкий гипотиреоз развивается у 10%. Наблюдение за больными привело к традиционному представлению, что АГ с признаками гипотиреоза носит характер диастолической гипертензии с повышением АД до АГ второй или третьей степени. Традиционно считают, что если восстановить эутиреоз у пациентов с гипотиреозом с АГ, то АД придет в норму, однако в ряде работ показано, что при заместительной терапии L-тироксином у пациентов наблюдается нестабильный уровень АД (до 60% случаев), вследствие чего продолжительность лечения увеличивается. При гипотиреозе пациенты вынуждены длительно, а иногда и пожизненно, принимать препараты L-тироксина, контролируя уровень тиреоидных гормонов, проводящих к нормализации функции ЩЖ, которая имеет большое влияние на значение АД. Часто гипотиреоз характеризуется отсутствием клинической симптоматики, поэтому на достаточном продолжительном сроке может оставаться недиагностированным, переходя в клиническую форму. Именно поэтому немаловажно вовремя обратиться к врачу при повышении АД. Не только в России, но и других странах задумываются над изучением гипотиреоза. Так, в Китае его распространенность составляет около 18%, при этом субклиническая форма составляет 17% случаев, а клиническая около 1%. Там же было проведено исследование, которое я смогла изучить в одной из статей: «В ходе исследования были проанализированы данные более 2800 пациентов из китайской провинции. В качестве значений АГ использовались уровни АД 140/90 мм рт. ст., референсных показателей нормотензии – менее 120/80 мм рт. ст.; повышенное нормальное АД – между этими значениями. Субклинический гипотиреоз определялся по повышению уровня тиреоидстимулирующего гормона (ТСГ) при нормальных

показателях тироксина и трийодтиронина. Среди участников исследования АГ отмечалась в 21% случаев, у 43% участников – нормальное повышенное АД, у 36% – нормотензия. Такие исследования очень важны для понимания связи между АГ и гипотиреозом.

Результаты. По результатам исследования, можно сказать, что гипотиреоз имеет огромное влияние на АД. Распространенность АГ на фоне гипотиреоза непрерывно растет, что представляет опасность для пациентов. Данные эпидемиологических исследований позволяют отнести первичный гипотиреоз к достаточно распространенным заболеваниям. Особое значение в лечении и диагностике пациентов с АГ имеет оценка функции ЩЖ, учитывая рост численности и широкое распространение заболеваний ЩЖ. Именно поэтому очень важно вовремя продиагностировать заболевание и назначить соответствующую медикаментозную терапию.

Выводы. Проблема АГ важна не только для кардиологов, но и имеет междисциплинарный характер, так как является неблагоприятным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к различным осложнениям, инвалидности, а иногда и вовсе к летальному исходу.

Стойкий дефицит гормонов ЩЖ, сохраняющийся длительное время, приводит к обнаружению гипотиреоза, симптомы которого не проявляются на начальных стадиях. Именно поэтому важно вовремя выполнить диагностику и начать лечение при постановке диагноза АГ на фоне гипотиреоза.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ГО ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Данилова А.Д.

aleksandra.danilova05@mail.ru

Актуальность. В настоящее время имеется множество работ по теме «Эндотелиальная дисфункция у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД)», но в связи с артериальным давлением тема освещена недостаточно. АГ и СД – взаимосвязанные патологии, направленные сразу на несколько органов-мишеней и обладающие взаимоусиливающим действием.

Цель исследования – оценить, как у пациентов с СД 2-го типа в сочетании с АГ выражаются нарушения функций и активности эндотелия, а также выявить изменения структуры и функций миокарда у данных пациентов.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 50 человек, 35 из которых (первая группа) – пациентки с СД 2-го типа с АГ, возраст составил $50 \pm 11,6$ года. Длительность СД около пяти лет, а продолжительность АГ приблизительно четыре года. Во вторую группу вошло 15 пациентов с изолированной АГ, их возраст составил $48 \pm 12,1$ года. Продолжительность АГ около 4,5 года. Пациентов поделили еще на подгруппы. В первой группе из 35 пациентов у девяти была 1-я степень АГ (27%), у 20 пациентов – 2-я степень АГ (60%) и у шести пациентов – 3-я степень АГ (13%). Во второй группе из 15 пациентов у трех человек была 1-я степень АГ (19%), у 10 пациентов – 2-я степень АГ (68%) и у двух пациентов – 3-я степень АГ (13%). Группу контроля составили 19 клинически здоровых людей, средний возраст которых был $45 \pm 13,4$ года. Клинические и лабораторные обследования включали определение оксида азота (NO) и циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК). Для достоверности результатов больные вели определенный образ жизни: исключали сильные физические нагрузки, а также исключали из рациона все нитрит- и нитратсодержащие продукты.

Результаты. В обеих группах отмечалось наличие признаков эндотелиальной дисфункции, но у пациентов первой группы было более выражено нарушение NO-продуцирующей функции эндотелия сосудов. Такие результаты говорят о том, что в зависимости от степени АГ идет уменьшение уровня NO в двух группах. Самый высокий уровень NO наблюдался у пациентов с 1-й степенью АГ, а при 3-й степени АГ показатель NO был самый низкий. Данные показывают, что вследствие уменьшения содержания NO и высвобождения NO эндотелием сосудистой стенки отмечается увеличение АД. В сравнении с группой контроля, в первой и второй группах наблюдалось более выраженное повышение ЦЭК. Наиболее высокое значение ЦЭК было у пациентов со 2-й и 3-й степенью АГ. Следовательно, данные исследования говорят о том, что эндотелиальная дисфункция значительно влияет на АД и все еще является наиболее изучаемой темой сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. Самые очевидные признаки эндотелиальной дисфункции были у пациентов с СД 2-го типа и АГ в отличие от группы с изолированной АГ. От степени АГ зависят различия в содержании NO и ЦЭК.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Баранова А.А.

arinab307@gmail.com

Актуальность. Метаболический синдром (МС) – это комплексный синдром, который связан с нарушениями обмена липидов, углеводов, пуринов и АГ. В последние годы возрастает интерес к исследованию МС и патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в частности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, ГЭРБ занимает лидирующие позиции по частоте среди всех гастроэнтерологических заболеваний. Ожирение играет ключевую роль в связи между МС и ГЭРБ, что приводит к увеличению количества случаев их сочетания в последние десятилетия.

Цель исследования – изучить особенности течения ГЭРБ у больных с МС, а также определить роль МС как одного из факторов, способствующих развитию ГЭРБ.

Материалы и методы. Исследование проводилось в СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» в период с 2018 по 2020 г. При обследовании пациентов проводились антропометрия и калиперометрия для определения толщины кожно-жировых складок на различных участках тела. Также было проведено эндоскопическое исследование, определялись различия между эндоскопически негативной формой ГЭРБ и рефлюкс-эзофагитом. Проводился суточный рН-мониторинг с помощью импедансоацидомонитора, измерялись кислотопродукция желудка и кислотный гастроэзофагеальный рефлюкс. Показатели рН позволяли определить патологические кислые ГЭР, а также выделить слабокислые и слабощелочные рефлюксы.

Результаты. Исследование сравнило проявления ГЭРБ у пациентов с МС и без него. Жалобы на изжогу и регургитацию были чаще у пациентов с МС. Изменение образа жизни привело к уменьшению симптомов ГЭРБ и внепищеводной симптоматики у пациентов с МС. При проспективном наблюдении отмечено снижение тревожности и депрессии у пациентов, которые использовали немедикаментозные методы для снижения веса и изменения питания. Эти методы не заменяют психофармакотерапии, но могут дополнять ее и улучшать качество жизни. Кроме того, необходимы целостный подход к пациентам и индивидуализированная терапия.

Выводы. Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод, что МС способствует формированию ГЭРБ и его прогрессированию. Больные ГЭРБ, страдающие МС, должны получать комплексное лечение, направленное на коррекцию обоих патологических состояний. Лечение должно включать изменение образа жизни, характера питания в сочетании с эффективной и безопасной медикаментозной терапией.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Сафьянова А.Д.

asafianova@mail.ru

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных причин смерти во всем мире, и эффективная терапия гиполипидемическими препаратами является важной составляющей профилактики и лечения таких заболеваний. Комбинированная гиполипидемическая терапия сочетает в себе несколько препаратов, направленных на снижение уровня липидов в крови, таких как статины, фибраты, никотиновая кислота и др. Проведение сравнительной оценки позволяет определить наиболее эффективные комбинации препаратов, дозировки и схемы лечения для пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском. Сравнительная оценка комбинированной гиполипидемической терапии у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском является актуальной и важной для оптимизации лечения и улучшения исходов у данной категории пациентов.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность комбинированной гиполипидемической терапии на основе статинов и эзетимиба у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и находящихся на диспансерном наблюдении.

Методы. Для достижения этой цели было проведено проспективное когортное исследование, в котором приняли участие 50 пациентов. Они были разделены на две группы: пациенты первой группы получали комбинацию аторвастатина в дозе 80 мг и эзетимиба в дозе 10 мг, а пациенты второй группы получали питавастатин в дозе 4 мг, также в сочетании с эзетимибом в дозе 10 мг. В течение 6 мес наблюдалось клиническое состояние пациентов, а также изучались параметры углеводного и липидного обмена.

Результаты. Изначально уровни общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и глюкозы не различались между двумя группами. Однако уже через 1 мес наблюдения было зарегистрировано, что уровень ХС-ЛПНП менее 1,4 ммоль/л отмечался менее чем у половины пациентов. Зато уровень ХС-ЛПНП ниже 1,4 ммоль/л или снижение этого показателя на 50% и более наблюдалось у 17 (68%) пациентов в каждой из групп. Через 6 мес уровень глюкозы у пациентов из первой группы был статистически значимо выше по сравнению с пациентами из второй группы ($p=0,034$). При анализе динамики уровня глюкозы внутри каждой из групп было выявлено статистически значимое повышение этого показателя через 6 мес в первой группе ($p=0,005$), в то время как во второй группе значительных изменений не обнаружено. За 6 мес было выявлено четыре новых случая сахарного диабета, и разница между двумя группами в этом отношении была незначительной.

Выводы. Исследование показало, что оба режима терапии демонстрируют сопоставимую клиническую гиполипидемическую эффективность. Однако стоит отметить, что у пациентов, получавших аторвастатин, наблюдалось значительно более высокое содержание глюкозы в плазме крови по сравнению с пациентами, получавшими питавастатин. При этом значимых различий между группами в отношении новых случаев нарушений углеводного обмена не было обнаружено. Однако следует учитывать, что данное исследование имеет некоторые ограничения, включая небольшой размер групп и относительно краткий период наблюдения.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТИРЕОИДНОГО ОСТАТКА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ ЗОБОМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России

Гордиенко Б.М.

bogdan.gordiyenko04@bk.ru

Актуальность. Пациенты с рецидивирующим зобом могут подвергнуться множественным операциям из-за подозрения на злокачественный рост. Если пациент уже перенес операцию по поводу многоузлового зоба со сдавлением органов шеи или рецидивом диффузного токсического зоба, в его коже могут присутствовать карциномные опухоли.

Цель исследования – оценить риск злокачественного поражения тиреоидного остатка у больных с рецидивным зобом и обосновать соответствующую хирургическую тактику для этой группы пациентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 17256 пациентах. В этот период операцию по поводу рецидивного зоба прошли 845 пациентов (4,8% от общего числа оперированных пациентов с различными заболеваниями щитовидной железы). Среди этих пациентов большинство были женщины (93,1%), в то время как мужчин было всего 3,9%. Средний возраст пациентов составил $49,2 \pm 5,7$ года.

Результаты. Результаты показали, что из 1230 пациентов с рецидивным зобом у 178 было выявлено новое заболевание тиреоидного остатка. Рак щитовидной железы обнаружен у 63 пациентов. Средний возраст пациентов с раком щитовидной железы и рецидивным зобом составил $54,5 \pm 11,6$ года, при этом доля мужчин в выборке оказалась в 3,5 раза больше, чем в основной группе. Наибольшая сложность в диагностике рака возникла у пациентов, которые ранее проходили операцию по поводу узловых форм зоба с многоузловой деформацией тиреоидного остатка. Только у семи из 58 таких пациентов злокачественный рост был явным до операции (карциномы Т3–Т4 стадии). Тонкоигольная аспирационная биопсия показала чувствительность не более 42,8% для обнаружения рака на фоне рецидивного зоба, по данным исследования.

Выводы. Рак щитовидной железы является серьезным заболеванием, которое может возникнуть у пациентов с рецидивным зобом, у которых ранее проводилась операция по удалению доброкачественных опухолей щитовидной железы. В таких случаях возможности тонкоигольной аспирационной биопсии снижаются из-за изменений в топографии, анатомических соотношений и наличия рубцовой ткани в области предыдущей операции. Именно поэтому важно применять активную хирургическую тактику, основанную на комплексной оценке клинических, ультразвуковых и цитологических данных. Если обнаружена многоузловая трансформация тиреоидного остатка, предпочтительной операцией считается резекция щитовидной железы до объема тиреоидэктомии. Особое внимание следует уделять проведению хирургических вмешательств по поводу многоузлового зоба, особенно в случаях рецидива. Рекомендуется обращаться в специализированные центры, где работают опытные хирурги и морфологи, поскольку вероятность диагностических, тактических и технических ошибок существенно снижается.

ФГБУ ДПО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Научно-практическая конференция
«КАРДИОЭНДОКРИНОЛОГИЯ 2024»
27–28 марта 2024 г.**

**Москва, ул. Киевская, д. 2,
«Новотель Киевская»,
конференц-зал «Восточный экспресс»**