

Евразийская Ассоциация Терапевтов



# ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

02 – 04 АПРЕЛЯ 2025 Г.



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ



ПАРТНЕРЫ

[www.euat.ru](http://www.euat.ru)  
[www.xconf.euat.ru](http://www.xconf.euat.ru)

При поддержке Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации

26. ВАРИАНТЫ ЭНДОКРИННЫХ ВТОРИЧНЫХ ФОРМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА
27. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И ТЕЧЕНИЕ ЦЕЛИАКИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 18-27 ЛЕТ
28. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
29. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ
30. РОЛЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
31. ОДНОФОТОННАЯ ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ МИОКАРДА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ
32. СОСТОЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
33. СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ГИПОПРОДУКЦИИ И ДИСФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
34. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ
35. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТИРЕОИДНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО И ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА
36. ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
37. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ МОТИВАЦИОННОГО ИНТЕРВЬЮ С ПОМОЩЬЮ ИНТЕРАКТИВНЫХ СИМУЛЯТОРОВ И АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ
38. THE ASSOCIATION BETWEEN HYPERURICEMIA AND EJECTIN FRACTION OF THE LEFT VENTRICLE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND ATRIAL FIBRILLATION
39. EVALUATING DIFFERENT PARAMETERS OF PURINE METABOLISM BETWEEN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND ATRIAL FIBRILLATION AND HEALTHY INDIVIDUALS
40. КАК НАРУШЕНИЕ СНА ВЛИЯЕТ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА
41. ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МАЖБП НА РАННИХ СТАДИЯХ
42. ХОБЛ, ПНЕВМОНИЯ, ВИЧ: СУЩЕСТВУЕТ ЛИ СВЯЗЬ?
43. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОВ, ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ И СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ
44. IMPACT OF EPICARDIAL ADIPOSE TISSUE ON CORONARY ARTERY CALCIFICATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE
45. РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ИБС
46. О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
47. РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
48. ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНЫМ ЭЗОФАГИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
49. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И БЕЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

which may contribute to the progression of coronary artery disease. Additionally, a higher prevalence of multiple-vessel coronary atherosclerosis was noted in patients with larger volumes of EAT, further supporting the potential role of EAT in the pathogenesis of coronary artery disease.

**Conclusions.** The results of this study underscore the significant association between epicardial adipose tissue volume and the presence of coronary calcification in patients with ischemic heart disease. This association may provide valuable insight into the role of EAT as a prognostic marker for coronary artery disease progression. The findings suggest that measuring EAT could be a useful tool for identifying high-risk patients at an early stage, potentially enabling more targeted interventions to reduce the risk of cardiovascular events. Further studies are needed to explore the underlying mechanisms that link EAT to coronary calcification and to determine whether EAT volume could be used as a reliable clinical marker for cardiovascular disease risk.

**Ethical Considerations:** This study was reviewed and approved by the Ethical Committee on March 1, 2025.

**Funding:** None.

## РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ИБС

**Мамажонова З.Ш., Эгамбердиева Д.А.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г.Ташкент

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является изучение взаимосвязи между коронарным кальцинозом (КИ), толщиной эпикардального жира (ЭЖТ), уровнем биомаркеров воспаления, а также полиморбидностью и функциональным состоянием у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и ожирением. Также рассматривается роль кальциевого индекса в оценке степени поражения коронарных артерий с использованием шкалы Segment Involvement Score (SIS) и шкал коморбидности.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 110 пациентов в возрасте от 45 до 72 лет, страдающих хронической ишемической болезнью сердца, верифицированной клиническими и инструментальными методами, с подтвержденной стабильной стенокардией функционального класса I–III. Одним из критериев включения в исследование было наличие

ожирения, определяемого как индекс массы тела (ИМТ)  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>.

### Методы исследования:

1. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ):

- Оценка кальциевого индекса (КИ) коронарных артерий.
- Измерение толщины эпикардального жира (ЭЖТ).
- Определение Segment Involvement Score (SIS) для оценки распространенности поражения коронарных артерий.

2. Биомаркеры воспаления:

- Оценка уровня C-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина-6 (IL-6) для оценки воспалительных процессов.

Пациенты были разделены на три группы в зависимости от уровня кальциевого индекса (КИ), полученного с помощью МСКТ:

- Группа 1: пациенты с отсутствием коронарного кальциноза (КИ = 0), n = 20.
- Группа 2: пациенты с умеренным уровнем коронарного кальциноза (КИ от 1 до 100), n = 45.
- Группа 3: пациенты с высоким уровнем коронарного кальциноза (КИ > 100), n = 45.

### Результаты исследования:

1. Демографические и клинические характеристики пациентов:

Данные, касающиеся возрастных показателей, индекса массы тела (ИМТ), толщины эпикардального жира, уровней биомаркеров воспаления (СРБ и IL-6) и степени поражения коронарных артерий, показали значительные различия между группами. Статистическая обработка данных выявила достоверные различия по всем исследуемым параметрам ( $p < 0,05$ – $< 0,001$ ), что указывает на влияние степени кальциноза и толщины эпикардального жира на клинические характеристики пациентов.

2. Взаимосвязь ЭЖТ, биомаркеров воспаления и коронарного атеросклероза:

Полученные данные показали, что с увеличением толщины эпикардального жира наблюдается пропорциональное увеличение уровней биомаркеров воспаления (СРБ и IL-6) и степени кальциноза в коронарных артериях. Эти данные также подтверждают важность толщины ЭЖТ как прогностического маркера для степени воспаления и атеросклеротического поражения, что может быть полезным для ранней диагностики и прогнозирования прогрессирования заболевания.

3. Корреляция между показателями:

Корреляционный анализ показал значительную связь между всеми исследуемыми параметрами, что подтверждается высокими коэффициентами корреляции. Это указывает на тесную взаимосвязь между степенью коронарного кальциноза, толщиной эпикардального жира, уровнем воспаления и тяжестью поражения коронарных артерий. Такие результаты подчеркивают важность комплексной оценки состояния пациентов с ХИБС и ожирением для более точного прогноза и подбора лечения.

4. Биомаркеры воспаления и атеросклероз: Установлена высокая корреляция между уровнями СРБ и IL-6 с показателями степени поражения коронарных артерий (SIS). Это подтверждает их важность в качестве маркеров воспаления, ассоциированного с прогрессией атеросклероза. Уровни этих биомаркеров могут служить дополнительными индикаторами активности воспалительных процессов в коронарных артериях, что может помочь в мониторинге состояния пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Заключение.** Исследование показало, что кальциевый индекс, толщина эпикардального жира и уровни биомаркеров воспаления тесно взаимосвязаны с тяжестью атеросклеротических изменений в коронарных артериях у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и ожирением.

Эти данные подчеркивают важность комплексного подхода к оценке состояния пациентов с ХИБС и ожирением, включая как морфологические, так и биохимические маркеры, что может способствовать улучшению стратегии лечения и профилактики данного контингента.

**Источник финансирования:** нет.

## О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Маткомиллов Ж.А.<sup>2</sup>, Абдуллаев А.Х.<sup>2</sup>**

1. Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан

2. ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Узбекистан, Ташкент

**Цель** – оценка эффективности лечения и медицинской реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) с включением различных режимов реабилитации.

**Материал и методы.** Больные ХОБЛ 2-3 стадии (GOLD) с МС, получавшие стандартное медикаментозное лечение, были разделены на 3 группы: 1-я с бронхитическим и 2-я с эмфизематозным фенотипами и группу сравнения. Больным подгруппы 1А проводили физическую реабилитацию (10 человек) и подгруппы 1Б – физическую и нутритивную реабилитацию (10 человек); больные подгрупп 2А и 2Б аналогичную терапию. Больные 3-й группы, сравнения (15) получали только фармакологическое лечение. Длительность заболевания в среднем составляла  $4,1 \pm 0,6$  лет. Индекс Тиффно  $<0,7$ ; ОФВ1  $<70\%$  должных величин. Изучали показатели спирометрии, ЭКГ, пульсоксиметрии, теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), центральной гемодинамики (среднее давление лёгочной артерии, размеры камер сердца, фракция выброса), общие анализы крови и мочи, мокроты, липидов, фибриногена, СРБ, сахар крови, креатинина. Программа реабилитации рассчитана на повышение физической активности и улучшение качества жизни пациентов, снижение симптомов; правильное дыхание и улучшение вентиляции легких; укрепление мышц и повышение физической выносливости; психоэмоциональную поддержку и снижение стресса; обучению самоконтролю и использованию препаратов. Комплекс лечебной гимнастики выполнялся 1 раз в день. Дыхательная терапия: упражнения для дыхательной гимнастики; позиционные техники (обучение позициям, в которых легче дышать). Дыхательные упражнения – 2 раза в день натошак или через 2 ч после приема пищи. Дыхание носовое, кроме упражнения, в котором рекомендован выдох через рот. Регуляция дыхания при дыхательных упражнениях с помощью счета про себя: 1–2 – вдох; 3 – пауза; 4–7 – выдох, 8 – пауза. Регуляция дыхания при ходьбе с помощью шагов: 1, 2 – вдох, 3–6 – выдох. Пешие прогулки 30–45 мин 5–6 раз в неделю. Подъемы и/или спуски по лестнице в медленном и/или среднем темпе 1–2 раза в день. Легочная реабилитация продолжалась в течение 6-12 недель (не менее 12 занятий, 3 раза в неделю). Динамический контроль через месяц, три месяца и через полгода.