

менение в лечении валсартан/сакубитрила. Данная формула оценки риска ХСН недостаточности ≥ 2 ФК по NYHA запрограммирована в Visual Basic for Applications (VBA) для Excel.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность финансовой деятельности: исследование выполнено с использованием оборудования ЦКП «Протеомный анализ», поддержанного финансированием Минобрнауки России (соглашение № 075-15-2021-691).

Литература

1. Bahit M., Kochar A., Granger C. Post-Myocardial Infarction Heart Failure. *J. Am. Coll. Cardiol HF*, 2018 Mar; 6 (3): 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2017.09.015>
2. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.*, 2016; 37: 267–315.
3. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.Л., Васюк Ю.А., Гарганеева А.А., Гендлин

Г.Е., Глезер М.Г., Готье С.В., Довженко Т.В., Кобалава Ж.Д., Козиолова Н.А., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г., Перепеч Н.Б., Тарловская Е.И., Чесникова А.И., Шевченко А.О., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н., Галявич А.С., Гилыревский С.Р., Драпкина О.М., Дупляков Д.В., Лопатин Ю.М., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Шляхто Е.В. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. *Кардиология*, 2018; 58 (S6). ISSN 0022-9040. [Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., Begrambekova Yu.L., Vasyuk Yu.A., Garganeeva A.A., Gendlin G.E., Glezer M.G., Got'e S.V., Dovzhenko T.V., Kobalava Zh.D., Koziovalova N.A., Koroteev A.V., Mareev Yu.V., Ovchinnikov A.G., Perepech N.B., Tarlovskaya E.I., Chesnikova A.I., Shevchenko A.O., Arutyunov G.P., Belenkov Yu.N., Galyavich A.S., Gilyarevskii S.R., Drapkina O.M., Duplyakov D.V., Lopatin Yu.M., Sitnikova M.Yu., Skibickii V.V., Shlyakhto E.V. Russian Heart Failure Society, Russian Society of Cardiology. Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine Guidelines for Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF). Diagnosis, prevention and treatment. *Kardiologiya*, 2018; 58 (S6): 8–158. (In Russ.) <https://doi.org/10.18087/cardio.2475>]

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-300-301

Некоторые коронароангиографические показатели с позиций морфологического анализа поражений основных венечных артерий

Г.А. Нагаева

СП ООО Многопрофильный медицинский центр «Эзгу Ният», г. Ташкент, Узбекистан

Цель: морфологическая оценка коронарных стенозов передней нисходящей артерии (ПНА) во взаимосвязи с основными показателями внутрисердечной гемодинамики.

Материал и методы. Для проведения исследования анализировались результаты коронароангиографии (КАГ) больных ИБС. Было отобрано 154 КАГ-заключения с поражением ПНА. Морфологическая оценка включала в себя КАГ-параметры: классификация АСС/АНА атеросклеротического поражения коронарной артерии (КА) (типы А, В и С), локализацию стенотического сужения (устье – У, проксимальная – П/3, средняя – С/3 и дистальная – Д/3 треть КА) и наличие бифуркационных поражений (по классификации Medina). ЭхоКГ-оценка включала в себя анализ фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и объемных показателей – конечно-диастолического (КДО) и конечно-систолического (КСО) объемов ЛЖ.

Результаты. Из 154 поражений ПНА тип А имел место в 14 (9,1 %), тип В – в 52 (33,8 %) и

тип С – в 88 (57,1 %) случаях. Стеноз у больных с А-типом составил $64,5 \pm 6,4$ %, с В-типом – $55,8 \pm 14,3$ %, с С-типом – $90,3 \pm 9,4$ %. Наличие тотальных окклюзий (стеноз КА = 100 %) было выявлено у 18 (11,7 %) больных, из которых 17 (94,4 % от числа всех тотальных окклюзий или 11,0 % от общей выборки больных) имели С-тип поражений КА и один больной имел В-тип.

По оценке локализации поражений было выявлено: устьевые поражения – 0 случаев; поражения П/3 – 111 (72,1 %) случаев (А-тип – у 12 больных; В-тип – у 35 и С-тип – у 64 больных); С/3 – 62 (40,2 %) случая (А-тип – 3; В-тип – 21 и С-тип – 38 пациентов); Д/3 – 5 (3,2 %) случаев (А-тип – 0; В-тип – 3 и С-тип – 2 больных). У 26 (16,9 %) пациентов имелись комбинированные поражения: П/3+С/3; П/3+Д/3 или С/3+Д/3.

Из всей выборки КАГ-заключений в 19 (12,3 %) случаях поражения ПНА характеризовались наличием бифуркаций. Истинные бифуркационные поражения составили 6 случаев

(5 имели класс 1.1.1 и у 1 — был класс 1.0.1 по Medina), в остальных 13 случаях были ложные бифуркационные поражения (класс 1.1.0 — 7 больных; класс 1.0.0. — 1 больной и 0.1.0 — 5 больных). Все истинные бифуркационные поражения относились к С-типу поражений, из ложных бифуркаций 6 больных были с В-типом и 7 больных — с С-типом. По данным ЭхоКГ-исследования все пациенты имели сохраненные значения ФВЛЖ.

Заключение. Стенозы ПНА в 57,1 % случаев характеризовались наличием С-типа атеросклеротических поражений. У 11,7 % пациен-

тов была выявлена тотальная окклюзия ПНА, из которых 94,4 % относились к поражениям С-типа. В преобладающем большинстве случаев (72,1 %) поражения ПНА локализовались в П/З и характеризовались С-типом поражения КА; в 16,9 % случаев стенотические сужения характеризовались комбинированной локализацией. Доля бифуркационных поражений, из общего числа исследуемой выборки, составила 12,3 %, при этом В-тип поражений КА характеризовался наличием как истинных, так и ложных бифуркаций, а С-тип — наличием только истинных бифуркаций.

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-301-303

Влияние курения на уровень белков сурфактанта SP-A и SP-D крови у мужчин и женщин г. Новосибирска

К.Ю. Николаев¹, Я.К. Лапицкая², И.А. Косарев¹, Н.Ф. Дадашова³

¹ НИИ терапии и профилактической медицины — филиал ФГБНУ ФИЦ ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск, Россия

² ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», г. Новосибирск, Россия

³ Сургутский государственный университет, г. Сургут, Россия

Введение. Известно, что воздействие табачного дыма, в частности курение сигарет, является основной причиной сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сердечно-сосудистых событий у лиц с ССЗ. Сигаретный дым неблагоприятно влияет на функцию эндотелия, способствует развитию атеросклероза и является протромботическим фактором [1]. Одним из важных патофизиологических механизмов курения является его влияние на состав и функцию легочного сурфактанта, в частности на белки SP-A и SP-D, выполняющие функцию модулирования иммунной среды легких в ответ на проникновение различных патогенных факторов с минимизацией риска чрезмерной воспалительной реакции [2]. Наиболее изучена реакция SP-A и SP-D на сигаретный дым в бронхоальвеолярной жидкости людей и животных, тогда как влияние курения на вышеуказанные сурфактантные белки в крови исследовано недостаточно [3]. В связи с этим целью настоящего исследования явилось определение влияния курения на уровень белков сурфактанта SP-A и SP-D крови у мужчин и женщин г. Новосибирска.

Материал и методы. На базе НИИТПМ — филиала ИЦиГ СО РАН обследовано 174 человека (87 мужчин и 87 женщин) в возрасте от 45 до 69 лет, отобранных случайным образом

среди жителей г. Новосибирска. У всех обследованных лиц проводился опрос по курению. Задавались вопросы об употреблении табачных изделий: курит ли респондент или курил в прошлом; если курит, то каково количество выкуриваемых сигарет в сутки, стаж постоянного табакокурения, при его наличии в настоящем или прошлом. Обследуемые лица опрашивались на употребление электронных средств нагрева табака и электронных средств доставки табака. Степень никотиновой зависимости оценивалась с помощью теста Фагерстрема [4]. Содержание белков сурфактанта SP-A и SP-D в сыворотке крови определялось методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов ELISA (Cloud-Clone Corp., USA) на ИФА анализаторе MultiscanEX (ThermoLabsystem, Финляндия). Определение характера распределения количественных признаков проводилось методом Колмогорова–Смирнова и на основании полученных результатов использовались параметрические и непараметрические методы описательной статистики. Непрерывные переменные представлены при нормальном распределении в виде среднего арифметического и среднеквадратического отклонения ($M \pm \sigma$), при распределении, отличном от нормального — в виде медианы и межквартильных интервалов