

УДК (616.24-008.811.6-036.12+616.12-005.8)616-073.756.3

DOI: 10.36604/1998-5029-2024-93-17-24

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

И.Г.Меньшикова, Е.В.Магальяс, И.В.Скляр, Т.В.Заболотских

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95

РЕЗЮМЕ. Цель: изучение клинических особенностей течения острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). **Материалы и методы.** В исследование включено 78 пациентов с ОКС: в 1 группу вошли 43 пациента с ОКС и ХОБЛ, во 2 группу – 35 пациентов с ОКС без ХОБЛ. Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-инструментальное и лабораторное обследование. **Результаты.** Среди факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) наиболее весомый вклад в развитие ОКС у пациентов ХОБЛ внесли курение, артериальная гипертензия, повышенный уровень С-реактивного белка (СРБ). У пациентов с ОКС на фоне ХОБЛ чаще регистрировался инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST). Для пациентов с коморбидной патологией были характерны более выраженные изменения в коронарных артериях за счет увеличения суммарного количества стенозов ($p=0,02$), гемодинамически значимых стенозов ($p=0,01$), окклюзий и критических стенозов ($p=0,02$), протяженных стенозов ($p=0,04$). У пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й наблюдались гемодинамически значимые стенозы, локализующиеся в проксимальных ($p=0,04$) и дистальных ($p=0,02$) сегментах коронарных артерий, а также в ветвях 2 порядка ($p=0,02$). В обеих группах не было выявлено достоверной разницы в количестве стенозов ствола левой коронарной артерии и средних сегментов основных коронарных артерий. **Заключение.** У пациентов пожилого возраста с ХОБЛ развитию ОКС чаще предшествовала клиника стенокардии, отмечалась атипичная клиника инфаркта миокарда, а в структуре инфаркта миокарда преобладал ИМбпST. Основными факторами риска ССЗ у пациентов ХОБЛ являлись курение, артериальная гипертензия, уровень СРБ. К особенностям атеросклеротического поражения коронарного русла у больных ОКС и ХОБЛ относится многососудистое поражение, преобладание средних и дистальных стенозов коронарных артерий. Значимой особенностью поражения коронарного русла у коморбидных пациентов пожилого возраста можно считать увеличение суммарного количества стенозов и количество протяженных стенозов.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, острый коронарный синдром, коронароангиография, коронарные артерии.

CLINICAL FEATURES OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

I.G.Menshikova, E.V.Magalyas, I.V.Sklyar, T.V.Zabolotskikh

Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

SUMMARY. Aim. To study the clinical features of the course of acute coronary syndrome (ACS) in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Materials and methods.** The study included 78 patients with ACS: 43 patients with ACS and COPD (group 1) and 35 patients with ACS without COPD (group 2). All patients underwent

Контактная информация

Елена Владимировна Магальяс, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, Россия, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: elenamagalias@mail.ru

Correspondence should be addressed to

Elena V. Magalyas, MD, PhD (Med.), Associate Professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation. E-mail: elenamagalias@mail.ru

Для цитирования:

Меньшикова И.Г., Магальяс Е.В., Скляр И.В., Заболотских Т.В. Клинические особенности острого коронарного синдрома у пациентов пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью легких // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2024. Вып.93. С.17–24. DOI: 10.36604/1998-5029-2024-93-17-24

For citation:

Menshikova I.G., Magalyas E.V., Sklyar I.V., Zabolotskikh T.V. Clinical features of acute coronary syndrome in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniâ* = *Bulletin Physiology and Pathology of Respiration* 2024; (93):17–24 (in Russian). DOI: 10.36604/1998-5029-2024-93-17-24

comprehensive clinical, instrumental, and laboratory examinations. **Results.** Among the risk factors for cardiovascular diseases (CVD), the most significant contributors to the development of ACS in patients with COPD were smoking, arterial hypertension, and elevated levels of C-reactive protein (CRP). Patients with ACS and COPD more frequently had non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI). For patients with comorbid pathology, more pronounced changes in the coronary arteries were characteristic due to an increase in the total number of stenoses ($p=0.02$), hemodynamically significant stenosis ($p=0.01$), occlusions and critical stenoses ($p=0.02$), and extensive stenoses ($p=0.04$). Group 1 patients, compared to group 2, had hemodynamically significant stenosis located in the proximal ($p=0.04$) and distal ($p=0.02$) segments of the coronary arteries, as well as in second-order branches ($p=0.02$). No significant differences were found between the groups in the number of stenoses of the left main coronary artery and the middle segments of the major coronary arteries. **Conclusion.** In elderly patients with COPD, ACS development was more often preceded by angina symptoms and atypical myocardial infarction presentations, with NSTEMI predominating in the myocardial infarction structure. The main CVD risk factors in COPD patients were smoking, arterial hypertension, and elevated CRP levels. Atherosclerotic coronary artery disease in ACS patients with COPD was characterized by multivessel disease, predominance of middle and distal coronary artery stenosis. A significant feature of coronary artery disease in comorbid elderly patients was the increased total number of stenoses and the number of extensive stenoses.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, acute coronary syndrome, coronary angiography, coronary arteries.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) вносят основной вклад в заболеваемость и смертность людей пожилого возраста. В мире происходит старение популяции в целом. К 2050 г. ожидается увеличение доли восьмидесятилетних в общей популяции в 3 раза, а лица старше 65 лет составят 25% населения. В Российской Федерации наблюдаются те же тенденции: средняя продолжительность жизни населения с 67,61 лет в 2007 г. увеличилась до 73,4 лет в 2023 г [1].

Пожилые пациенты часто имеют сочетания заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП).

Распространенность ХОБЛ в общей популяции практически не уступает ни СД, ни ХБП, а частая коморбидность ХОБЛ и ИБС свидетельствует о наличии общих звеньев патогенеза [2-5]. Установлено, что больные ХОБЛ чаще умирают от сердечно-сосудистых причин, чем от самой ХОБЛ, и среди них лидирующее место занимает ИБС [5, 6]. Однако на сегодняшний день существует небольшое количество публикаций, в которых изучалось бы влияние ХОБЛ на течение острого коронарного синдрома (ОКС) у пожилых пациентов. ОКС предполагает активные лечебные мероприятия с первых минут развития ишемии миокарда [7]. Соотношение риска и пользы инвазивного подхода у пожилых людей остается неясным и недоказанным, так как не учитываются риски, связанные с индивидуальными особенностями пациента, сопутствующими заболеваниями и старческой астенией. Увеличение возраста означает также и изменение общей характеристики группы пациентов с ОКС. Еще один важный аспект лечения пожилых пациентов с ОКС – невозможность быстро и достоверно отличить истинный ОКС, ассоциированный с тромбозом коронарной артерии, от вторичного нарушения баланса между доставкой и потребностью миокарда в кислороде вследствие других острых состояний [8, 9]. Таким

образом, изучение влияния коморбидных заболеваний на клинические особенности течения острого коронарного синдрома на сегодняшний день представляет собой одно из самых востребованных направлений клинической медицины, которое имеет непосредственный выход в клиническую практику.

Цель исследования: изучение клинических особенностей течения ОКС у пациентов ХОБЛ пожилого возраста.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 78 пациентов пожилого возраста с ОКС, включая 43 человека с сопутствующей ХОБЛ, которые проходили лечение в отделении для больных острым инфарктом миокарда в ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница». Средний возраст пациентов составил $72,5 \pm 10,9$ лет. По половому признаку преобладали мужчины – 72,5%, женщин было 23,1%. Длительность ХОБЛ у пациентов составила $19,6 \pm 1,8$ лет, ИБС – $15,2 \pm 1,9$ лет.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили 43 пациента с ОКС и ХОБЛ, 2 группу – 35 пациентов с ОКС без наличия в анамнезе ХОБЛ. Пациенты 1-й группы согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ХОБЛ [10] были отнесены к группе В (средняя степень тяжести бронхиальной обструкции и частые респираторные симптомы (по результатам модифицированного опросника Британского медицинского исследовательского совета ≥ 2 баллов)). Диагноз инфаркта миокарда подтверждался в соответствии с клиническими рекомендациями Российского кардиологического общества: «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (2020) [11] и «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы» (2020) [12].

В рамках настоящей работы всем пациентам проводилось комплексное клиничко-инструментальное и лабораторное обследование. Для выявления бронхи-

альной обструкции пациентам выполняли спирографию с помощью спирографа Spiroset 3000 (Германия). Фибробронхоскопия осуществлялась с использованием фибробронхоскопа фирмы «Olympus» (Япония). ЭКГ регистрировалась в 12 стандартных отведениях на аппарате «NIHON KOHDEN Cardiofax» (Япония). Трансторакальную эходоплеркардиографию осуществляли на ультразвуковом аппарате экспертного класса «TOSHIBA Aplio» (Япония) в М-режиме, В-режиме и доплеровском режиме.

Коронарографию (КАГ) выполняли на ангиографической установке «Siemens Artis zee» (Германия) с использованием рентгенконтрастного, йодсодержащего неионного низкоосмолярного средства «Омнипак - 350» фирмы «Никомед» (Норвегия) с использованием феморального или радиального доступа. Классификацию коронарных артерий и их ветвей, а также разделение артерий на сегменты производили в соответствии со схемой Американской ассоциации кардиохирургов. Выделялись следующие артерии: ствол левой коронарной артерии, передняя межжелудочковая артерия с отходящими от нее диагональными ветвями, огибающая артерия с отходящими от нее ветвью тупого края и заднебоковыми ветвями, правая коронарная артерия с ветвью острого края, задней межжелудочковой ветвью и заднебоковой ветвью. Коронарные артерии делились на три сегмента: проксимальный, средний и дистальный с учетом локализации атеросклеротических поражений. Стенозы коронарных артерий разделяли на гемодинамически незначимые (менее 50% диаметра сосуда) и гемодинамически значимые (от 50 до 95% диаметра сосуда). При этом, стенозы более 95% диаметра сосуда выделяли как критические, 100% стенозы – как окклюзии. В зависимости от наличия гемодинамически значимых стенозов в крупных коронарных артериях (передней нисходящей, огибающей и правой коронарной) поражения описывали как одно-, двух- и трехсосудистое. При наличии гемодинамически значимого стеноза артерии, проводилась чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) со стентированием коронарной артерии.

Терапия ОКС назначалась в соответствии с клиническими рекомендациями [11, 12]. Диагностика и лечение ХОБЛ проводились с учетом критериев постановки диагноза и лечения рабочей группы GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [10] и Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению ХОБЛ Российского респираторного общества [13,14].

Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA версия 10.0 для Windows. Оценка соответствия признака нормальному распределению проводилась с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Для параметров, описываемых нормальным распределением, проводилось определение средней арифметической величины (M), стандартной ошибки среднего значения (m), для непараметрических данных вычислялась медиана, 25-й и 75-й квартили ($Me [Q25; Q75]$). При парном сравнении независимых групп уровень значимости различий оценивали по параметрическому t -критерию Стьюдента. При наличии отличий от нормального распределения применялся непараметрический U критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney U Test). Сравнение двух зависимых выборок при нормальном распределении данных производилось с помощью t -критерия для зависимых выборок, а при отклонении от нормального – T -критерия Вилкоксона (Wilcoxon Matched Pairs T Test). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении клинико-анамнестических показателей было установлено, что клиника стенокардии чаще предшествовала настоящему ОКС у пациентов 1-й группы (39,5%), тогда как во 2-й группе – только в 20,0% случаев ($p=0,01$). У пациентов без ХОБЛ в большинстве случаев ОКС был дебютом заболевания (80,0%, $p=0,01$). Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе чаще встречался у пациентов 1-й группы, чем во 2-й (18,6% и 11,4%, соответственно, $p=0,01$). У 16,3% пациентов 1-й группы и у 8,3% ($p=0,01$) пациентов 2-й группы ранее выполнялись ЧТКА, а у 9,3% пациентов 1-й группы и 5,7% 2-й группы проводилось коронарное шунтирование ($p=0,02$). Достаточно часто в 1-й группе пациентов по сравнению со 2-й встречались такие нарушения ритма, как фибрилляция предсердий (30,2% и 17,4%, соответственно, $p=0,01$) и наджелудочковая экстрасистолия (21,2% и 14,3%, соответственно, $p=0,02$). При этом, желудочковая экстрасистолия чаще регистрировалась во 2-й группе, чем в 1-й (28,6% и 18,6%, соответственно, $p=0,04$).

При оценке факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний установлено преобладание курения и артериальной гипертонии (АГ) у пациентов 1-й группы ($p=0,02$). Статистически значимых различий по концентрации в крови общего холестерина и его фракций в обеих группах не отмечалось. Однако уровень С-реактивного белка (СРБ) оказался значительно выше в 1-й группе ($p=0,04$), что, по нашему мнению, свидетельствовало об активности персистирующего воспаления у данных пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов ОКС пожилого возраста

Показатель	1 группа (n=43)	2 группа (n=35)	p
Отягощенная наследственность по ССЗ, n (%)	15 (34,9)	11 (31,4)	0,05
Курение, n (%)	38 (88,3)	26 (74,4)	0,02
Артериальная гипертензия, n (%)	35 (81,4)	25 (71,4)	0,02
Сахарный диабет, n (%)	5 (11,6)	3 (8,6)	0,05
Общий холестерин, ммоль/л	5,8±1,4	5,4±1,5	0,05
Холестерин липопротеидов низкой плотности, ммоль/л	3,62±1,12	3,58±1,15	0,05
Холестерин липопротеидов высокой плотности, ммоль/л	0,96±0,3	1,09±0,23	0,05
Триглицериды, ммоль/л	2,2±1,0	2,0±1,2	0,05
СРБ, мг/л	3,37 [2,31;5,09]	2,29 [1,71;3,28]	0,04

Примечание: p – уровень статистических различий между группами.

В структуре ОКС количество пациентов с нестабильной стенокардией в 1-й и 2-й группах достоверно не различалось (34,9% и 31,4%, соответственно, $p=0,5$). В обеих группах чаще диагностировали ИМ, который был отмечен у 65,1% пациентов 1-й группы и у 68,6% лиц 2-й группы ($p=0,1$). Среди обследованных лиц 1-й группы чаще встречался ИМ без подъема сегмента ST (ИМбпST) – у 46,4%, во 2-й группе – у 33,3% ($p=0,02$). Во 2-й группе преобладали пациенты с ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST) – 66,7% пациентов, в 1-й группе – 53,6% пациентов ($p=0,02$).

Пациенты с ИМ и ХОБЛ в 2 раза чаще имели атипичные варианты начала ИМ (32,1%, $p=0,01$). При этом

астматический вариант ИМ наблюдался у 17,9%, абдоминальный вариант – у 7,1%, аритмический – у 7,1% пациентов. В группе пациентов без ХОБЛ преобладало типичное начало ИМ (83,3%, $p=0,01$).

У пациентов 1-й группы ИМ передней стенки диагностировался реже, чем во 2-й ($p=0,01$). Пациентов с нижней ($p=0,02$) и заднебоковой локализацией ИМ было достоверно больше в 1-й группе ($p=0,01$). Высокий боковой ИМ у пациентов 1-й группы встречался реже, чем во 2-й ($p=0,01$). Таким образом, по локализации инфаркта миокарда у пациентов ХОБЛ чаще встречались заднебоковой и нижний инфаркт миокарда (рис.).

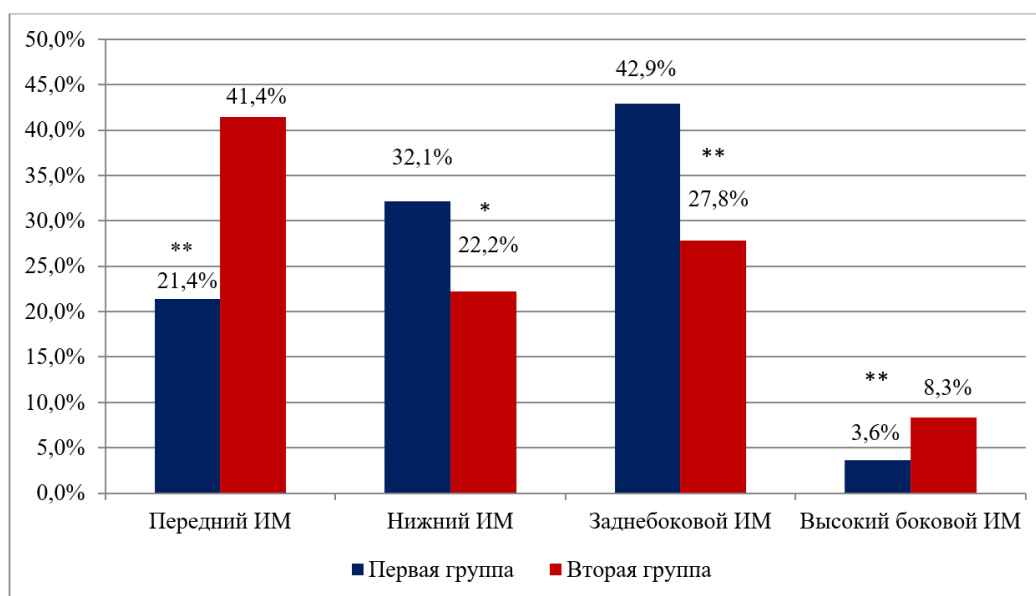


Рис. Локализация инфаркта миокарда у пациентов пожилого возраста. Статистическая значимость различий между 1 и 2 группами: * ($p=0,02$); ** ($p=0,01$).

По результатам КАГ поражение передней нисходящей артерии имело преобладающее значение и составило 53,7% и 59,4% в 1-й и 2-й группах соответственно ($p=0,1$). Выявлены различия между 1-й и 2-й группами по частоте поражения правой коронарной артерии (КА) 34,1% и 25,1% соответственно ($p=0,02$). Патология огибающей артерии диагностировалась чаще в 1-й группе (39,0% против 21,9%, $p=0,02$). Поражение ствола левой коронарной артерии в 1-й группе (9,8%) встречалось чаще, чем во 2-й группе (6,3%), но достоверных различий не было выявлено.

У пожилых пациентов с ХОБЛ в 76,7% случаев было обнаружено двух- и трехсосудистое поражение коронарного русла. При этом стенозы коронарных артерий носили множественный характер, с преимущественной локализацией атеросклеротических бляшек в средних и дистальных сегментах артерий. Во 2-й группе двух- и трехсосудистое поражение коронарного русла наблюдалось реже (у 68,5% пациентов) с локализацией стенозов преимущественно в проксимальном и среднем сегментах коронарных артерий. У 18,6% пациентов 1-й группы и у 22,9% 2-й группы встречалось одно- и двухсосудистое поражение ($p=0,05$). У 4,7% пациентов 1-й группы и 8,6% 2-й группы в коронарных артериях ангиографических изменений не было выявлено ($p=0,04$).

Посегментарное описание каждой коронарной артерии с учетом выявленных стенозов, их гемодинамической значимости и протяженности (более 20 мм) позволяет составить наиболее полное представление о тяжести и распространенности поражения коронар-

ного русла и объяснить увеличение риска сердечно-сосудистых событий у пожилых пациентов с ХОБЛ. По данным нашего исследования пожилые пациенты 1-й группы имели более тяжелое поражение коронарного русла (табл. 2). При этом общее количество всех стенозов, гемодинамически значимых стенозов, окклюзий и критических стенозов было достоверно выше в данной группе пациентов по сравнению со 2-й: соответственно на 24%, 22,7%, 18,1%. У больных ХОБЛ развитие ОКС сопровождалось большей частотой протяженных стенозов, гемодинамически значимых стенозов, локализующихся в проксимальных и дистальных сегментах коронарных артерий, в ветвях 2 порядка: соответственно на 14,4%, 12,5%, 19,1%, 19,5%, что свидетельствует о влиянии коморбидной патологии на степень выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий. В группах не было достоверной разницы в количестве стенозов ствола левой коронарной артерии и средних сегментов основных коронарных артерий (табл. 2). ЧТКА со стентированием выполнено 43,9% и 46,9% пациентам 1-й и 2-й группы соответственно, на коронарное шунтирование были направлены 12,2% и 9,4% больных 1-й и 2-й групп соответственно ($p=0,1$). Таким образом, в основе более тяжелого поражения коронарного русла у пожилых пациентов с ХОБЛ могут быть общие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как курение, артериальная гипертензия. Персистирующее системное воспаление в сочетании с АГ создают условия для развития и прогрессирования атеросклероза.

Таблица 2

Состояние коронарных артерий у пациентов ОКС пожилого возраста

Показатель	1 группа (n=43)	2 группа (n=35)	p
Гемодинамически значимые стенозы, n (%)	38 (88,4)	23 (65,7)	0,01
Окклюзии и критические стенозы, n (%)	25 (58,1)	14 (40,0)	0,02
Протяженные стенозы, n (%)	16 (37,2)	8 (22,8)	0,04
Стенозы ствола левой КА, n (%)	9 (20,1)	6 (17,4)	0,20
Стенозы основных ветвей КА, n (%)	20 (46,5)	14 (40)	0,10
Гемодинамически значимые стенозы основных ветвей КА, n (%)	13 (30,2)	10 (28,6)	0,70
Стенозы КА 2-го порядка, n (%)	17 (39,5)	7 (20,0)	0,02
Проксимальные стенозы, n (%)	17 (39,5)	12 (34,3)	0,20
Гемодинамически значимые проксимальные стенозы, n (%)	15 (37,9)	7 (20,0)	0,04
Стенозы среднего сегмента, n (%)	15 (37,9)	12 (34,3)	0,50
Гемодинамически значимые стенозы среднего сегмента, n (%)	14 (32,5)	10 (28,6)	0,30
Дистальные стенозы, n (%)	19 (44,2)	15 (42,8)	0,06
Гемодинамически значимые стенозы дистального сегмента, n (%)	18 (41,9)	8 (22,8)	0,02

Выводы

1. У пациентов пожилого возраста с ХОБЛ развитию ОКС чаще предшествовала клиника стенокардии, в анамнезе был инфаркт миокарда, среди нарушений ритма чаще встречалась фибрилляция предсердий.
2. У пациентов с коморбидной патологией в 2 раза чаще, чем у пациентов без ХОБЛ отмечалась атипичная клиника инфаркта миокарда.
3. В структуре инфаркта миокарда у пациентов с ХОБЛ преобладал ИМбпST, тогда как у пациентов без ХОБЛ чаще диагностировался ИМпST.
4. Среди факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний наиболее весомый вклад в развитие ОКС у пациентов с ХОБЛ внесли курение, артериальная гипертензия и уровень СРБ.
5. К особенностям атеросклеротического поражения коронарного русла у пожилых пациентов с ХОБЛ относится многососудистое поражение, увеличение

суммарного количества стенозов и количество протяженных стенозов.

6. Коморбидная патология значительно влияет на число гемодинамически значимых проксимальных и дистальных стенозов, а также ветвей коронарных артерий 2 порядка, что может ухудшать прогноз заболевания у больных с сочетанной патологией.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest

Источники финансирования

Исследование проводилось без участия спонсоров

Funding Sources

This study was not sponsored

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Феоктистова К.В., Остапенко В.С., Осадчий И.А., Хохлунов С.М., Рунихина Н.К., Дупляков Д.В. Острый коронарный синдром в старческом возрасте: статус проблемы и нерешенные вопросы // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т.16, №3. С.62–67. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-3-62-67>
2. Чаулин А.М., Дупляков Д.В. Коморбидность хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021. Т.20, №3. С.91–99. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2539>
3. Зафираки В.К., Скалецкий К.В., Намитоков А.М., Шульженко Л.В., Космачева Е.Д., Першуков И.В. Прогнозирование неблагоприятных сердечнососудистых событий в отдаленном периоде после чрескожных коронарных вмешательств у больных ишемической болезнью сердца и сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких // Кардиология. 2020. Т.60, №5. С.115–122. <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.5.n1020>
4. Авдеев С.Н., Трущенко Н.В. Тройная терапия в лечении хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. 2019. Т.29, №2. С.199–206. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-2-199-206>
5. Барбараш О.Л., Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Барбараш Л.С. Есть ли место мультидисциплинарному подходу (HEART TEAM) к выбору способа реваскуляризации миокарда у пациентов с острыми коронарными синдромами // Российский кардиологический журнал. 2021. Т.26, №2. С.120–127. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4210>
6. Кулик Е.Г., Павленко В.И., Нарышкина С.В. Современный клинический портрет пациента с фенотипом хронической обструктивной болезни лёгких без частых обострений // Вестник современной клинической медицины. 2022. Т.15, №1. С.62–67. [https://doi.org/10.20969/VSKM.2022.15\(1\).62-67](https://doi.org/10.20969/VSKM.2022.15(1).62-67)
7. Григорьева Н.Ю., Майорова М.В., Королева М.Е., Самолук М.О. Особенности формирования и развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных хронической обструктивной болезнью легких // Терапевтический архив. 2019. Т.91, №1. С.43–47. <https://doi.org/10.26442/00403660.2019.01.000027>
8. Morgan A.D., Zakeri R., Quint J.K. Defining the relationship between COPD and CVD: what are the implications for clinical practice? // Ther. Adv. Respir. Dis. 2018. Vol.12. Article number:1753465817750524. <https://doi.org/10.1177/1753465817750524>
9. Рябов В.В., Гомбожатова А.Э., Демьянов С.В. Портрет пациента с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST в реальной клинической практике // Российский кардиологический журнал. 2021. Т.26, №2. С.19–27. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4071>
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (Update 2023). URL: <https://goldcopd.org>
11. Абугов С.А., Алесян Б.Г., Архипов М.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Васильева Е.Ю., Галявич А.С., Ганюков В.И., Гиляревский С.Р., Голухова Е.З., Грацианский Н.А., Затеищников Д.А., Карпов Ю.А., Космачева Е.Д., Лопатин Ю.М., Марков В.А., Никулина Н.Н., Панченко Е.П., Певзнер Д.В., Погосова Н.В., Протопопов А.В., Скрыпник Д.В., Терещенко С.Н., Устюгов С.А., Хрипун А.В., Шалаев С.В., Шляхто Е.В., Шпектор А.В., Явелов И.С., Якушин С.С. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. 2020. Т.25, №11 С.251–310. <https://doi.org/10.15829/1560->

4071-2020-4103

12. Барбараш О.Л., Дупляков Д.В., Затеищиков Д.А., Панченко Е.П., Шахнович Р.М., Явелов И.С., Яковлев А.Н., Аbugov С.А., Алекян Б.Г., Архипов М.В., Васильева Е.Ю., Галявич А.С., Ганюков В.И., Гиляревский С.Р., Голубев Е.П., Голухова Е.З., Грацианский Н.А., Карпов Ю.А., Космачева Е.Д., Лопатин Ю.М., Марков В.А., Никулина Н.Н., Певзнер Д.В., Погосова Н.В., Протопопов А.В., Скрыпник Д.В., Терещенко С.Н., Устюгов С.А., Хрипун А.В., Шалаев С.В., Шпектор А.В., Якушин С.С. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. 2021. Т.26, №4. С.149–202. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4449>

13. Хроническая обструктивная болезнь легких. Клинические рекомендации. М.: Российское респираторное общество, 2021. URL: https://www.spulmo.ru/upload/kr/HOBL_2021.pdf

14. Поликутина О.М., Слепынина Ю.С., Баздырев Е.Д. Частота выявления атеросклероза у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких средней степени тяжести // Кардиология. 2015. Т.55, №7. С.26–31. EDN: UCLFSD.

REFERENCES

1. Tkacheva O.N. Kotovskaja Ju.V., Feoktistova K.V., Ostapenko V.S., Osadchij I.A., Hohlnunov S.M., Runihina N.K., Dupljakov D.V. [Acute coronary syndrome in elderly: current status and unresolved issues]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian)* 2017; 16(3):62–67 (in Russian). <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2017-3-62-67>

2. Chaulin A.M., Duplyakov D.V. [Comorbidity of chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular diseases]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian)* 2021; 20(3):91–99 (in Russian). <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2539>

3. Zafiraki V.K., Skaleckij K.V., Namitokov A.M., Shul'zhenko L.V., Kosmacheva E.D., Pershukov I.V. [Prediction of long-term adverse cardiovascular events after percutaneous coronary interventions in patients with coronary artery disease and concomitant chronic obstructive pulmonary disease]. *Kardiologiya = Kardiologija* 2020; 60(5):115–122 (in Russian). <https://doi.org/10.18087/cardio.2020.5.n1020>

4. Avdeev S.N., Trushenko N.V. [Triple therapy in chronic obstructive pulmonary disease]. *Pul'monologiya = Russian Pulmonology* 2019; 29(2):199–206 (in Russian). <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-2-199-206>

5. Barbarash O.L., Ganjukov V.I., Tarasov R.S., Barbarash L.S. [Is there a place for a multidisciplinary “Heart Team” approach to the selection of myocardial revascularization method in patients with acute coronary syndromes]. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal = Russian journal of cardiology* 2021; 26(2):120–127 (in Russian). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4210>

6. Kulik E.G., Pavlenko V.I., Naryshkina S.V. [Clinical and functional portrait of a patient with chronic obstructive pulmonary disease phenotype without frequent exacerbations]. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny = The bulletin of contemporary clinical medicine* 2022; 15(1):62–67 (in Russian). [https://doi.org/10.20969/VSKM.2022.15\(1\).62-67](https://doi.org/10.20969/VSKM.2022.15(1).62-67)

7. Grigor'eva N.Yu., Majorova M.V., Koroleva M.E., Samoljuk M.O. [Comorbidity and polymorbidity of the patient with chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular diseases]. *Terapevticheskij arkhiv* 2019; 91(1):16–47 (in Russian). <https://doi.org/10.26442/00403660.2019.01.000027>

8. Morgan A.D., Zakeri R., Quint J.K. Defining the relationship between COPD and CVD: what are the implications for clinical practice? *Ther. Adv. Respir. Dis.* 2018; 12:1753465817750524. <https://doi.org/10.1177/1753465817750524>

9. Ryabov V.V., Gombozhatova A.Je., Dem'yanov S.V. [Profile of a patient with non-ST segment elevation myocardial infarction in actual clinical practice]. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal = Russian journal of cardiology* 2021; 26(2):19–27 (in Russian). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4071>

10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (Update 2023). Available at: <https://goldcopd.org>

11. Abugov S.A., Alekjan B.G., Arhipov M.V., Barbarash O.L., Bojcov S.A., Vasil'eva E.Ju., Galjavich A.S., Ganjukov V.I., Giljarevskij S.R., Goluhova E.Z., Gracianskij N.A., Zatejshnikov D.A., Karpov Ju.A., Kosmacheva E.D., Lopatin Ju.M., Markov V.A., Nikulina N.N., Panchenko E.P., Pevzner D.V., Pogosova N.V., Protopopov A.V., Skrypnik D.V., Tereshhenko S.N., Ustjugov S.A., Hripun A.V., Shalaev S.V., Shljahto E.V., Shpektor A.V., Javelov I.S., Jakushin S.S. [2020 Clinical practice guidelines for Acute ST-segment elevation myocardial infarction]. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal = Russian Journal of Cardiology* 2020; 25(11): 251–310 (in Russian). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-4103>

12. Barbarash O.L., Duplyakov D.V., Zateyshnikov D.A., Panchenko E.P., Shahnovich R.M., Javelov I.S., Jakovlev A.N., Abugov S.A., Alekjan B.G., Arhipov M.V., Vasil'eva E.Ju., Galjavich A.S., Ganjukov V.I., Giljarevskij S.R., Golubev E.P., Goluhova E.Z., Gracianskij N.A., Karpov Ju.A., Kosmacheva E.D., Lopatin Ju.M., Markov V.A., Nikulina N.N., Pevzner D.V., Pogosova N.V., Protopopov A.V., Skrypnik D.V., Tereshhenko S.N., Ustjugov S.A., Hripun A.V., Shalaev S.V., Shpektor A.V., Jakushin S.S. [2020 Clinical practice guidelines for Acute coronary syndrome without ST segment elevation]. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal = Russian journal of cardiology* 2021; 26(4):149–202 (in Russian).

<https://doi.org/10.15829/1560-4071-2021-4449>

13. [Chronic obstructive pulmonary disease. Clinical recommendations]. Moscow: Russian Respiratory Society; 2021 (in Russian). Available at: https://www.spulmo.ru/upload/kr/HOBL_2021.pdf

14. Polikutina O.M., Slepynina Ju.S., Bazdyrev E.D. [Rate of detection of atherosclerosis in patients with ST elevation myocardial infarction and concomitant chronic obstructive pulmonary disease of light or moderate degree of severity]. *Kardiologiya = Kardiologiya* 2015; 55(70):26–31 (in Russian).

Информация об авторах:

Ираида Георгиевна Меньшикова, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: iraidamenshikova@mail.ru

Елена Владимировна Магалияс, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: elenamagalias@mail.ru

Ирина Васильевна Скляр, канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: irinka.sklyar@bk.ru

Татьяна Владимировна Заболотских, д-р мед. наук, профессор, ректор Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации. e-mail: AmurSMA@AmurSMA.su

Author information:

Iraida G. Menshikova, MD, PhD, DSc (Med.), Professor, Head of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Amur State Medical Academy; e-mail: iraidamenshikova@mail.ru

Elena V. Magalias, MD, PhD (Med.), Associate Professor of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Amur State Medical Academy; e-mail: elenamagalias@mail.ru

Irina V. Sklyar, MD, PhD (Med.), Assistant of Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Amur State Medical Academy; e-mail: irinka.sklyar@bk.ru

Tatyana V. Zabolotskikh, MD, PhD, D.Sc. (Med.), Professor, Rector of the Amur State Medical Academy; e-mail: AmurSMA@amursma.su

Поступила 06.05.2024
Принята к печати 16.07.2024

Received May 06, 2024
Accepted July 16, 2024
