

УДК 616.127-005.8+616-053.84-055.1+616.11-002+616-06-084
<https://doi.org/10.56871/МТР.2026.32.91.005>

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОГО РАННИМИ ПЕРИКАРДИТАМИ, У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Александр Волеславович Гордиенко¹, Владислав Германович Касаткин¹,
Даниил Назарович Янишевский¹, Виталий Вадимович Тупицын^{1, 2},
Александр Андреевич Татаркин^{1, 2}, Дмитрий Владимирович Носович¹

¹ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6Н, Российская Федерация

² Санкт-Петербургский медико-социальный институт, 195272, г. Санкт-Петербург, Кондратьевский пр., д. 72, лит. А, Российская Федерация

Для цитирования: Гордиенко А.В., Касаткин В.Г., Янишевский Д.Н., Тупицын В.В., Татаркин А.А., Носович Д.В. Оценка клинического течения инфаркта миокарда, осложненного ранними перикардитами, у мужчин среднего возраста. *Медицина: теория и практика*. 2026;11(2):47–58. <https://doi.org/10.56871/МТР.2026.32.91.005>.

Поступила: 04.03.2026

Одобрена: 29.04.2026

Принята к печати: 29.07.2026

РЕЗЮМЕ. Введение. Ранние перикардиты утяжеляют течение инфаркта миокарда. Ранняя диагностика перикардита представляет трудности на догоспитальном этапе. Между тем об эпидемиологии, клинических проявлениях, лечении и исходах этого осложнения известно немного. **Цель** — изучить особенности течения инфаркта миокарда, осложненного ранними перикардитами, и их роль в развитии этого осложнения у мужчин 46–60 лет для улучшения профилактики и исходов. **Материалы и методы.** Изучены результаты лечения мужчин 46–60 лет с инфарктом миокарда. Их разделили на две сравнимые по возрасту группы: исследуемую, с ранними перикардитами (19 пациентов), и контрольную, без таковых (539 пациентов). С помощью критериев Манна–Уитни и χ^2 Пирсона выполнен сравнительный анализ особенностей течения заболевания, его осложнений в группах. Применением критерия χ^2 Пирсона оценено их влияние на риск развития ранних перикардитов у обследованных. **Результаты.** При сравнении показателей выявлено преобладание в исследуемой группе первичных (57,9%; в контрольной: 39,5%; $p=0,02$) и рецидивирующих (15,8 и 5,1% соответственно; $p=0,02$) Q-инфарктов миокарда (84,2 и 54,6%; $p=0,01$) с множественными (≥ 2) осложнениями (94,7 и 45,7%; $p=0,001$), их сочетаниями типа сократительной недостаточности и механической несостоятельности (73,7 и 12,6%; $p<0,0001$) и всех групп поражений миокарда (15,8 и 9,8%; $p<0,0001$), с хронической сердечной недостаточностью (60,0 и 22,4%; $p=0,0007$), сердечной астмой (52,6 и 29,7%; $p=0,03$), аневризмами (31,6 и 14,2%; $p=0,04$), тромбозами (31,2 и 12,6%; $p=0,03$) и тромбоэмболиями (21,1 и 4,2%; $p=0,0007$), пневмониями (21,1 и 4,7%; $p=0,002$). Риск развития ранних перикардитов, кроме того, ассоциировался с выявлением жидкости в перикарде (абсолютный риск — 30,0%; относительный — 38,9%; $p<0,0001$), острой сердечной недостаточности III–IV классов тяжести (Т. Killip) (9,7%; 4,8 соответственно; $p=0,0004$), значениями индекса R. Norris $\geq 9,16$ (8,0%; 6,22; $p<0,0001$). **Выводы.** Перечисленные факторы необходимо использовать при формировании групп высокого риска развития ранних перикардитов при инфаркте миокарда у мужчин 46–60 лет для наблюдения и своевременного лечения. Их также целесообразно учитывать при прогностическом моделировании.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфаркт миокарда, мужчины среднего возраста, ранние перикардиты, особенности клинического течения, осложнения, профилактика

✉ Владислав Германович Касаткин. E-mail: vmada-nio@mil.ru

© Коллектив авторов, 2026

<https://doi.org/10.56871/MTP.2026.32.91.005>

THE CLINICAL COURSE OF THE EARLY PERICARDITIS DUE TO MYOCARDIAL INFARCTION IN MIDDLE-AGED MALES ASSESSMENT

Alexander V. Gordienko¹, Vladislav G. Kasatkin¹, Daniil N. Yanishevskiy¹, Vitaly V. Tupitsyn^{1, 2}, Alexander A. Tatarkin^{1, 2}, Dmitry V. Nosovich¹

¹ Kirov Military Medical Academy, 6N Akademika Lebedeva str., Saint Petersburg, 194044

² Saint Petersburg Medical and Social Institute, 72A Kondratievsky ave., Saint Petersburg, 195271

For citation: Gordienko A.V., Kasatkin V.G., Yanishevskiy D.N., Tupitsyn V.V., Tatarkin A.A., Nosovich D.V. The clinical course of the early pericarditis due to myocardial infarction in middle-aged males assessment. *Medicine: Theory and Practice*. 2026;11(2):47–58. (In Russ.). <https://doi.org/10.56871/MTP.2026.32.91.005>.

Received: 04.03.2026

Revised: 29.04.2026

Accepted: 29.07.2026

ABSTRACT. Introduction. Early pericarditis in myocardial infarction worsens its course. Early diagnosis of pericarditis is difficult at the pre-hospital stage. However, little is known about the epidemiology, clinical manifestations, treatment, and outcomes of this complication. **The aim** — to evaluate the features of myocardial infarction complicated by early pericarditis and their role in the development of this complication in males 46–60 years old (y.o.), to improve prevention and outcomes. **Materials and methods.** The results of treatment of males aged 46–60 years old with myocardial infarction were studied. Patients were divided into two age-comparable groups: the study group, with pericarditis (19 patients) and the control group, without it (539 patients). We conducted a comparative analysis of disease progression and complications using the Mann–Whitney U and Pearson's χ^2 tests. The influence of these variables on the risk of early pericarditis was evaluated via Pearson's χ^2 test. **Results.** When comparing the indicators, the predominance of primary (57.9%; in the control group: 39.5%; $p=0.02$) and recidivating (15.8 and 5.1%, respectively; $p=0.02$) Q-myocardial infarctions (84.2 and 54.6%; $p=0.01$) multiple (≥ 2) complications (94.7 and 45.7%; $p=0.001$), their combinations of contractile insufficiency and mechanical failure (73.7 and 12.6%; $p<0.0001$) and all groups of myocardial lesions (15.8 and 9.8%; $p<0.0001$), with chronic heart failure (60.0 and 22.4%; $p=0.0007$), cardiac asthma (52.6 and 29.7%; $p=0.03$), aneurysms (31.6 and 14.2%; $p=0.04$), thrombosis (31.2 and 12.6%; $p=0.03$) and thromboembolism (21.1 and 4.2%; $p=0.0007$), pneumonia (21.1 and 4.7%; $p=0.002$). In addition, the risk of developing early pericarditis was associated with the detection of fluid in the pericardium (absolute risk: 30.0%; relative risk: 38.9%; $p<0.0001$), acute heart failure of grades III–IV (T. Killip) (9.7%; 4.8, respectively; $p=0.0004$), and R. Norris index values ≥ 9.16 (8.0%; 6.22; $p<0.0001$). **Conclusions.** These factors should be used to identify high-risk groups for the development of early pericarditis in males 46–60 years old with myocardial infarction for monitoring and timely treatment. They should also be considered in predictive modeling.

KEYWORDS: myocardial infarction, middle-aged males, early pericarditis, features of the clinical course, complications, prophylaxis

✉ Vladislav G. Kasatkin. E-mail: vmeda-nio@mil.ru

© 2026 by the authors

ВВЕДЕНИЕ

Россия в настоящее время сохраняет статус страны с очень высокой распространенностью, преждевременной заболеваемостью и смертностью населения от сердечно-сосудистой патологии [1]. Одним из тревожных маркеров неблагоприятных медико-социальных и экономических последствий считают значительную частоту инфаркта миокарда (ИМ) в группе мужчин молодого и среднего трудоспособного возраста [2–4]. Ранний перикардит (РП) при ИМ не относят к частым его осложнениям [5, 6]. Сообщается, что его развитие напрямую зависит от объема поражения миокарда и не имеет самостоятельного прогностического значения [5, 6]. Поздние перикариты (синдром Дресслера) в структуре развернутого полисерозита в настоящее время практически не наблюдают [5, 6]. Доказано, что перикард выполняет гомеостатические функции, сохраняя и поддерживая нормальную работу сердца [7]. Признается, что ИМ сопровождается выраженной воспалительной реакцией, которая ухудшает его прогноз [8]. Диагностика РП при ИМ, основанная только на анализе боли в грудной клетке и шуме трения перикарда, не точна без инструментальных методов визуализации сердца, что особенно важно в ранние сроки на догоспитальном этапе и в удаленных, сельских районах, поэтому требует особой организации [9, 10]. Обсуждается также распространенность РП при ИМ без подъема сегмента *ST* и дифференциальная диагностика с перикардитами другой этиологии, миоперикардитом и гемоперикардом [11, 12]. В этой связи РП сохраняют свою актуальность, особенно при задержке оказания помощи или отклонениях от протоколов ее выполнения (проблемах транспортировки), что весьма актуально для здравоохранения России и ее военно-медицинской службы [10, 13, 14]. Из-за различий во встречаемости РП целесообразно изучать его отдельно по возрастным группам [15].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уточнить особенности клинического течения ИМ, осложненного развитием РП, у мужчин 46–60 лет, оценить их значимость в развитии этого осложнения для совершенствования профилактики и улучшения исходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты стационарного лечения мужчин 46–60 лет по поводу ИМ I типа (со-

гласно IV универсальному определению этого заболевания) [16] и исходной скоростью клубочковой фильтрации (СКД-EPI, 2011) 30 мл/мин/1,73 м² и более [17]. Исследование одобрено независимым этическим комитетом Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, протокол № 309 от 26.12.2025 г. Все пациенты подписали информированное согласие перед процедурами исследования. Участникам проводили лечение в соответствии с клиническими рекомендациям (КР) на момент их госпитализации [5, 6]. Пациентов разделили на две группы. Исследуемая представлена 19 мужчинами с развившимся РП, средний возраст — 53,63±3,96 года. Контрольную группу составили 539 мужчин с ИМ без РП (53,42±4,03 года; $p=0,9$). Верификацию РП выполняли с помощью эхокардиографии и/или компьютерной томографии грудной клетки с контрастированием в первые часы ИМ [5, 6, 18]. Экссудативный РП выявлен у 79% обследованных. Выделение варианта клинического течения ИМ выполняли согласно действующим КР [5, 6, 19]. Их группировали на ангинозные (классические), неангинозные и смешанные с сердечной недостаточностью (СН) варианты течения ИМ [19, 20]. Осложнениями ИМ считали состояния, требующие дополнительного лечения или его изменения [5, 6, 19]. Их сочетания для удобства изучения объединяли в патогенетически общие группы (по В.Н. Ардашеву) на обусловленные электрической нестабильностью (ЭлН), сократительной недостаточностью (СкН) и механической несостоятельностью (МехН) миокарда [19–21]. К рецидивирующим ишемическим эпизодам (РИЭ) относили рецидивирующий ИМ и раннюю постинфарктную стенокардию [20, 22]. Общая характеристика обследованных пациентов представлена в табл. 1.

Согласно полученным данным (см. табл. 1) группы пациентов не отличались по основным данным анамнеза и течения заболевания, частоте и виду ранней реваскуляризации. Не получено также значимых отличий по применению основных препаратов для лечения ИМ и их дозам.

Стратификацию острой СН проводили по классам тяжести (к.т.) (Т. Killip) [5, 6, 20]. Наличие признаков хронической СН (учитывали II функциональный класс и выше (NYHA)) и летальность среди обследованных оценивали по завершению восьмой недели ИМ [4, 18, 23]. Прогноз ранней летальности больных определяли по индексу R. Norris, шкалам TIMI и GRACE [5, 6, 20].

Выполнен сравнительный анализ частоты наблюдения вариантов клинического течения

Таблица 1

Общая характеристика обследованных пациентов

Table 1

General characteristics of the examined patients

Категории инфаркта миокарда / Myocardial infarction categories	Исследуемая группа / Study group (n=19) %	Контрольная группа / Control group (n=539) %	p
Данные анамнеза / Medical history data			
Длительность ишемической болезни сердца до изучаемого случая инфаркта миокарда / Duration of ischemic heart disease before the myocardial infarction case studied:			
<1 года / year	26,3	35,9	0,08
1–5 лет / years	41,1	20,8	0,08
≥5 лет / years	31,6	43,4	0,08
Частота инфаркта миокарда в анамнезе / myocardial infarction incidence in medical history	42,1	55,8	0,2
Время после первичного инфаркта миокарда / Time after primary myocardial infarction:			
<1 года / year	10,5	15,5	0,4
≥1 года / year	31,6	42,1	0,4
Частота хронической сердечной недостаточности в анамнезе / History of chronic heart failure	26,3	52,1	0,06
Частота мерцательной аритмии в анамнезе / History of atrial fibrillation	5,6	10,7	0,5
Частота экстрасистол в анамнезе / History of extrasystoles	5,3	17,1	0,2
Применяемое лечение в анамнезе / Medical history of treatment used			
Амбулаторное / Outpatient	31,6	41,1	0,4
Стационарное / Stationary	79,0	76,2	0,8
Частота выполнения операций шунтирования коронарных артерий в анамнезе / History of coronary artery bypass surgery	10,5	8,9	0,8
Частота чрескожных коронарных вмешательств / History of percutaneous coronary interventions	10,5	21,0	0,3
Частота применения электрокардиостимуляции в анамнезе / History of cardiac pacing	0	0,9	0,7
Данные текущего инфаркта миокарда / Current myocardial infarction data			
Локализация инфаркта миокарда / Myocardial infarction localization:			
передний / anterior	52,6	48,3	0,8
нижний / inferior	31,6	38,3	0,8
другие / other	15,8	13,5	0,8
инфаркт миокарда правого желудочка / right ventricle myocardial infarction	0	0,7	0,8
Частота наблюдения инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST / Frequency of observation ST elevation myocardial infarction	79,2	66,7	0,7
Полная реваскуляризация / Complete revascularization	0	7,9	0,09
Частота применения фармакоинвазивного подхода / Frequency of the pharmacoinvasive approach	0	11,4	0,8

Примечание: p — критерий достоверности.**Note:** p — reliability criterion.

Таблица составлена авторами / The table is prepared by the authors

(фенотипов) заболевания, его осложнений, результатов оценки общего состояния в выделенных группах (по Манну–Уитни и с помощью критерия χ^2 Пирсона). Количественные данные представлены как $M \pm S$. Кроме этого, с помощью критерия χ^2 Пирсона оценивали влияние перечисленных факторов на абсолютный (AP) и относительный (OP) риск развития РП у обследованных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнении предынфарктного анамнеза установлено, что в исследуемой группе чаще наблюдали дебют ИБС с нарушений сердечного ритма и проводимости (50,0%) в отличие от контрольной (21,6%; $p=0,02$). В то же время в исследуемой группе реже (27,8%), чем в контрольной (39,4%; $p=0,02$), выявляли вариант начала ИБС со стенокардии и ИМ (22,2 и 39,0% соответственно; $p=0,02$).

При сравнении очередности поражения обнаружено, что исследуемая группа характеризовалась первичными ($p=0,02$) и рецидивирующими ($p=0,02$) (рис. 1) Q-ИМ (84,2 и 54,6% соответственно; $p=0,01$), в то время как контрольная — повторными ИМ ($p=0,02$) (см. рис. 1) не-Q-ИМ (15,8 и 45,4% соответственно; $p=0,01$). При оценке структуры вариантов течения ИМ отличий между группами не получено ($p=0,3$) (см. рис. 1).

Из неангинозных фенотипов ИМ в исследуемой группе выявляли: аритмический (11,8 и

4,9%; $p=0,3$), абдоминальный (5,9 и 2,4%; $p=0,3$) и цереброваскулярный (апоплектический) (5,9 и 0,7%; $p=0,08$). Среди смешанных вариантов течения ИМ в исследуемой группе регистрировали только ангинозно-астматический подтип (5,9 и 8,6%; $p=0,3$) и подтип по типу нарастания СН (5,9 и 2,8%; $p=0,3$). В исследуемой группе преобладало осложненное течение ИМ (100 и 57,6%; $p=0,001$) с множественными (два и более) осложнениями (94,7 и 45,7%; $p=0,001$) и их сочетаниями: СкН и МехН (73,7 и 12,6%; $p<0,0001$), (ЭлН, МехН и СкН) (15,8 и 9,8%; $p<0,0001$). Другие сочетания осложнений ИМ (СкН и ЭлН (5,2 и 17,3%; $p<0,0001$) и ЭлН и МехН (0 и 0,9%)) в исследуемой группе наблюдали реже, чем в контрольной. Структура осложнений в выделенных группах представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, в исследуемой группе преобладали над контрольной наличие жидкости в перикарде, хроническая СН, возникшая впервые после ИМ, сердечная астма, РИЭ, аневризмы желудочков, их тромбозы и тромбоэмболии, пневмонии.

У большей части пациентов исследуемой группы состояние в первые часы ИМ оценивали крайне тяжелым (5,8 и 3,3%; $p=0,02$), тяжелым (47,1 и 19,4%; $p=0,02$) и среднетяжелым (47,1 и 65,6%; $p=0,02$). Пациентов в удовлетворительном состоянии регистрировали только в контрольной группе (0 и 11,7%; $p=0,02$). В завершении третьей недели ИМ разница в оценках состояния пациентов между группами исчезала (удовлетворительное — 90,9 и 97,4% ($p=0,09$), крайне тяжелое —

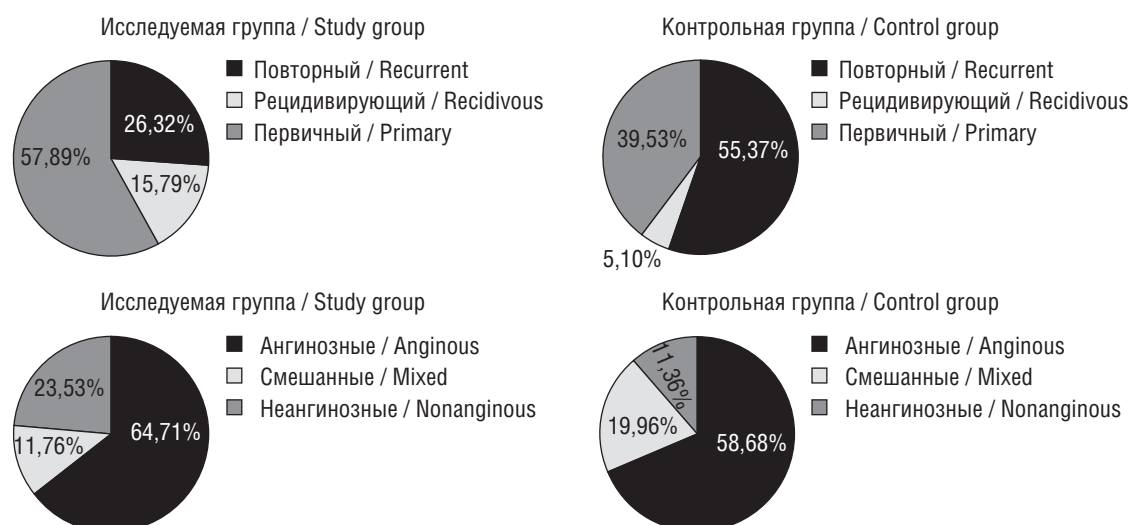


Рис. 1. Распределение инфаркта миокарда по очередности и вариантам течения заболевания в изученных группах больных (рисунок подготовлен авторами)

Fig. 1. Distribution of myocardial infarction by sequence and variants of the disease course in the studied groups of patients (the figure is prepared by the authors)

Таблица 2

Структура осложнений инфаркта миокарда обследованных пациентов

Table 2

The structure of myocardial infarction complications in the examined patients

Осложнения инфаркта миокарда / Myocardial infarction complications	Исследуемая группа / Study group (n=19) %	Контрольная группа / Control group (n=539) %	p
Гидроперикард / Hydropericardium	79,0	6,4	<0,0001
Острое повреждение почек / Acute kidney injury	62,5	48,6	0,4
Хроническая сердечная недостаточность / Chronic heart failure	60,0	22,4	0,0007
Сердечная астма / Cardiac asthma	52,6	29,7	0,03
Рецидивирующие ишемические эпизоды / Recidivating ischemic episodes	36,8	16,9	0,03
Аневризмы желудочков / Ventricular aneurysms	31,6	14,2	0,04
Тромбозы желудочков / Ventricular thrombosis	31,2	12,6	0,03
Тромбоэмболии / Thromboembolism	21,1	4,2	0,0007
Пневмонии / Pneumonia	21,1	4,7	0,002
Аритмии / Arrhythmia	21,1	38,6	0,1
Легочная гипертензия / Pulmonary hypertension	27,3	17,5	0,4
Кардиогенный шок / Cardiogenic shock	10,5	9,5	0,9
Отек легких / Pulmonary edema	10,5	10,9	0,96
Разрывы миокарда / Myocardial ruptures	5,3	1,1	0,1
Психические нарушения / Mental disorders	5,3	6,6	0,8
Нарушения мочеиспускания / Urination disorders	0	4,0	0,4
Осложнения со стороны органов пищеварения / Digestive system complications	0	2,7	0,5

Примечание: p — критерий достоверности.*Note:* p — reliability criterion.

Таблица составлена авторами /The table is prepared by the authors

9,1 и 0,9% ($p=0,09$), средней тяжести — 0 и 0,2%; ($p=0,09$) и тяжелое — 0 и 1,4% ($p=0,09$). Острую СН IV класса тяжести (к.т.) по Т. Killip отмечали у 5,9% пациентов исследуемой группы и у 6,0% контрольной, III к.т. — у 41,2 и 11,9% соответственно ($p=0,04$), II к.т. — 23,5 и 26,6%; I к.т. — 29,4 и 55,5% ($p=0,04$). При сравнении групп по риску смерти на основе уровня прогностического индекса R. Norris в исследуемой группе ($10,19 \pm 2,81$) он оказался выше, чем в контрольной ($7,85 \pm 1,15$; $p=0,001$). Рассчитанные значения шкал GRACE ($135,47 \pm 33,76$ и $125,68 \pm 37,98$; $p=0,2$) и TIMI ($4,29 \pm 1,83$ и $4,10 \pm 1,58$; $p=0,9$) и частота регистрации летальных исходов за период наблюдения (15,8 и 5,5%; $p=0,06$) в исследуемой группе оказались выше, чем в контрольной, без достижения уровня значимости. Результаты изучения влияния параметров клинического течения на риск развития РП у обследованных представлены на рис. 2.

Как видно из рис. 2, риск развития РП у обследованных возрастал при выявлении жидкости в перикарде (ОР 38,85 (13,41; 112,59)), сочетании осложнений ИМ типа МехН и СкН (16,36 (6,05; 44,22) соответственно), множественных (≥ 2) осложнениях ИМ (20,01 (2,69; 148,86)), при индексе R. Norris $\geq 9,16$ (6,22 (2,28; 17,01)), показателе шкалы GRACE ≥ 155 (3,49 (1,38; 8,84)), острой СН (Т. Killip) III–IV к.т. (4,77 (1,88; 12,14)), РИЭ (2,73 (1,10; 6,76)), тромбоз желудочков (ТЖ) (3,03 (1,19; 7,74)) и тромбоэмболий (ТЭ) (5,34 (1,90; 15,01)), выявленной впервые хронической СН (4,89 (1,78; 13,48)), пневмонии (4,78 (1,69; 13,53)), начале ИБС с аритмии (3,44 (1,40; 8,49)), длительности ИБС 1–5 лет (2,66 (1,09; 6,46)), Q-ИМ (4,27 (1,26; 14,48)), цереброваскулярном (апоплектическом) варианте заболевания (7,30 (1,25; 42,60)), тяжелом и крайне тяжелом общем состоянии пациента в первые

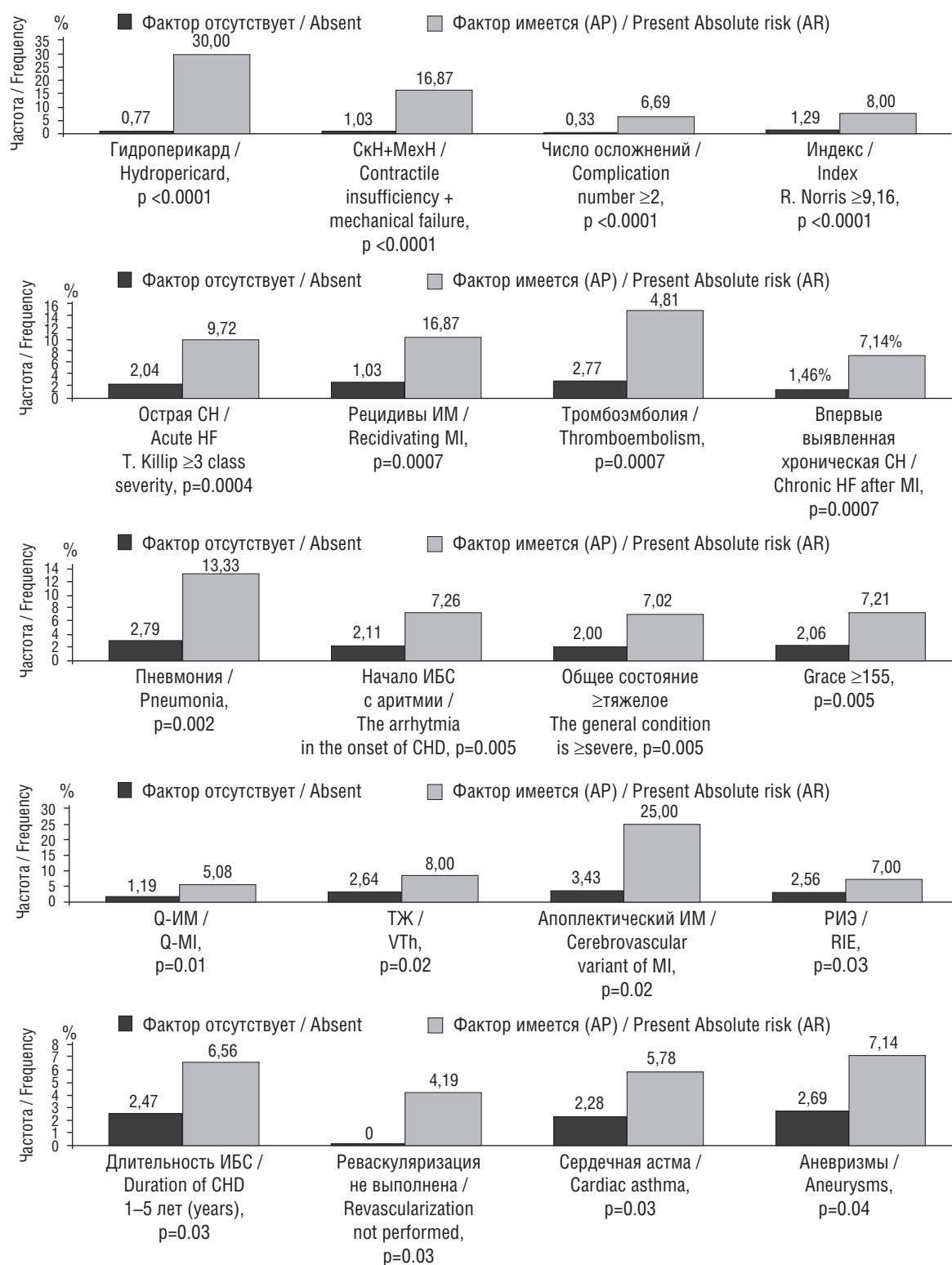


Рис. 2. Взаимосвязи между клиническими параметрами и риском развития раннего перикардита у обследованных: АР — абсолютный риск; ИБС — ишемическая болезнь сердца; МехН — механическая неисправность; РИЭ — рецидивирующие ишемические эпизоды; СкН — сократительная недостаточность; СН — сердечная недостаточность; ТЖ — тромбозы желудочков (рисунок подготовлен авторами)

Fig. 2. Relationships between clinical parameters and the risk of pericarditis development in those examined: AR — absolute risk; CHD — coronary heart disease; RIE — recidivous ischemic episodes; HF — heart failure; VTth — ventricular thrombosis (the figure is prepared by the authors)

часы ИМ (3,50 (1,38; 8,87)), аневризмах желудочков (2,66 (1,04; 6,80)), сердечной астме (2,54 (1,05; 6,13)) и при отсутствии реваскуляризации.

Полученные результаты подтверждают редкую частоту РП и его зависимость от глубины поражения миокарда [5, 6, 11]. Однако его значение в качестве маркера тяжелого течения заболевания и негативного его прогноза нельзя исключать. Подтверждается также роль ранней реваскуляризации миокарда (0 и 21,3%; $p=0,02$) для профилактики РП [5, 6, 10]. Таким образом, частота этого осложнения увеличивается при оказании помощи с отклонениями от КР [5, 6, 10]. В таких случаях, несмотря на полученную нами высокую распространенность сочетания осложнений типа СкН и МН в исследуемой группе, широкого обсуждения в литературе хирургического лечения РП не обнаружено, несмотря на четкие утверждения, что выпот в перикарде и увеличение внесосудистой жидкости в легких обусловлены не только левожелудочковой недостаточностью, но и другими механизмами, отражающими обширный ИМ [24]. КР предлагают варианты противовоспалительной терапии [5, 6, 25]. Подходы к последней в настоящее время все более расширяются за счет поиска средств, активных в отношении цитокиновых путей активации воспаления [25–27]. Однако на практике их пока применяют уверенно только при стабильной ИБС [8, 27, 28]. Результаты исследований использования колхицина и ингибиторов тирозинкиназы О. Брутона для лечения ИМ пока неоднозначны [8, 25, 28]. Исследуются различные популяции иммунных клеток перикардиальной жидкости и его жировой ткани [7]. Их считают перспективными для поиска точек приложения новых лекарственных препаратов [7, 26].

ВЫВОДЫ

Клинические предикторы занимают важное место в диагностике РП при ИМ у мужчин 46–60 лет. В их число входят: первичные и рецидивирующие Q-ИМ с множественными осложнениями и сочетанием СкН и МН, цереброваскулярный вариант клинического течения заболевания, тяжелое и крайне тяжелое состояние пациентов в первые часы ИМ с острой СН III и IV к.т. (Т. Killip). Среди осложнений для ИМ с РП характерны выявление жидкости в перикарде, тромбозы, тромбоэмболии, пневмонии, аневризмы желудочков и хроническая СН. Сочетания перечисленных факторов необходимо использовать для формирования группы

высокого риска развития РП для наблюдения и своевременного проведения полноценного лечения. Их также целесообразно применять для прогностического моделирования этого осложнения. Ранняя реваскуляризация и противовоспалительная терапия улучшают прогноз таких пациентов. Для точной диагностики РП важное значение имеют современные методы визуализации миокарда. Готовность к оказанию хирургической помощи также признается необходимой.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. А.В. Гордиенко — руководство исследованием и окончательная научная редакция; В.Г. Касаткин, Д.Н. Янишевский — идея и дизайн исследования, написание черновика рукописи, составление таблиц и рисунков; В.В. Тупицын, А.А. Татаркин — обзор литературы, редактирование текста, набор пациентов в исследование; Д.В. Носович — набор пациентов в исследование, сбор и обработка данных, редактирование текста, подготовка таблиц и рисунков.

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

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

Источник финансирования. Исследование выполнено по плану научной работы ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациентов на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contributions. A.V. Gordienko — research supervision and final scientific editing; V.G. Kasatkin, D.N. Yanishevsky — study conception and design, drafting of the manuscript, preparation of tables and figures; V.V. Tupitsyn, A.A. Tatarkin — literature review, text editing, patient enrollment; D.V. Nosovich — patient enrollment, data collection and processing, text editing, preparation of tables and figures.

All authors made significant contributions to the preparation of the article and read and approved the final version before publication.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding. The study was performed according to the scientific work plan of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Military Medical Academy named after S.M. Kirov” of the Russian Ministry of Defense.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шляхто Е.В., Недогода С.В., Бабенко А.Ю., Арутюнов Г.П., Драпкина О.М., Кобалава Ж.Д. и др. Концепция междисциплинарного согласительного документа по кардио-рено-гепато-метаболическому синдрому. *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(1S):7–15. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2025-6533>. EDN: USWGQQ.
2. Новиков В.А., Гуляев Н.И., Гречаник П.М., Сотников А.В. Динамика клинических проявлений признаков сердечной недостаточности у больных молодого и среднего возраста в отдаленный период инфаркта миокарда. *Военно-медицинский журнал*. 2009;330(5):68–69. EDN: VRAJFH.
3. Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В. Роль инфекционного и сезонного факторов в развитии инфаркта миокарда у мужчин моложе 60 лет. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2021;40(3):33–38. <https://doi.org/10.17816/rmmar76434>. EDN: TBNXBD.
4. Гордиенко А.В., Тасыбаев Б.Б., Сотников А.В., Барсуков А.В., Чумак Б.А., Меньшикова А.Н. и др. Возможности и ограничения для реабилитации у мужчин моложе 60 лет с инфарктом миокарда, осложненным острым повреждением почек. *Физическая и реабилитационная медицина*. 2022;4(4):17–26. <https://doi.org/10.26211/2658-4522-2022-4-4-17-26>. EDN: OZFSIZ.
5. Аверков О.В., Арутюнян Г.К., Дупляков Д.В., Константинова Е.В., Никулина Н.Н., Шахнович Р.М. и др. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024. *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(3):121–207. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2025-6306>. EDN: IVJCUK.
6. Аверков О.В., Арутюнян Г.К., Дупляков Д.В., Константинова Е.В., Никулина Н.Н., Шахнович Р.М. и др. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024. *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(5):127–216. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2025-6319>. EDN: CXJUUB.
7. Isidoro C.A., Deniset J.F. Pericardial immune cells and their evolving role in cardiovascular pathophysiology. *Can J Cardiol*. 2023;39(8):1078–1089. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2023.05.017>.
8. Younas A., Awan Z., Khan T., Mehta S., Munir A., Raja H.A.A. et al. The effect of colchicine on myocardial infarction: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Curr Probl Cardiol*. 2025;50(1):102878. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102878>.
9. Aydinalp A., Wishniak A., van den Akker-Berman L., Or T., Roguin N. Pericarditis and pericardial effusion in acute ST-elevation myocardial infarction in the thrombolytic era. *Isr Med Assoc J*. 2002;4(3):181–183.
10. Dee F., Savage L., Leitch J.W., Collins N., Loten C., Fletcher P. et al. Management of acute coronary syndromes in patients in Rural Australia: The MORACS randomized clinical trial. *JAMA Cardiol*. 2022;7(7):690–698. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.1188>.
11. Prepoudis A., Koechlin L., Nestelberger T., Boeddinghaus J., Lopez-Ayala P., Wussler D. et al.; APACE investigators. Incidence, clinical presentation, management, and outcome of acute pericarditis and myopericarditis. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2022;11(2):137–147. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuab108>.
12. Гордиенко А.В., Измуханов А.С., Сотников А.В., Сахин В.Т., Носович Д.В., Чумак Б.А. Возможности прогнозирования развития осложненного разрывом инфаркта миокарда у мужчин молодого и среднего возраста. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2022;24(11):23–29. <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-11-23-29>. EDN: HPQPZQ.
13. Военно-полевая терапия. Е.В. Крюков, ред. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 736 с. <https://doi.org/10.33029/9704-8023-6-VPT-2023-1-736>. EDN: BBIEJU.
14. Гордиенко А.В., Сотников А.В., Меньшикова А.Н., Носович Д.В. Предикторы развития легочной гипертензии в подострый период инфаркта миокарда у военнослужащих. *Военно-медицинский журнал*. 2023;344(11):41–45. https://doi.org/10.52424/00269050_2023_344_11_41. EDN: MWQQYY.
15. Будылина О.А., Буре В.М., Сотников А.В. Применение таблиц сопряженности и бинарной логистической регрессии с категориальными предикторами к анализу данных по инфаркту миокарда. В кн.: Устойчивость и процессы управления. Материалы III Международной конференции. СПб.; 2015. С. 465–466. EDN: UTSIWH.
16. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S., Chaitman B.R., Bax J.J., Morrow D.A., White H.D.; ESC Scientific Document Group. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J*. 2019;40(3):237–269. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462>.
17. Гордиенко А.В., Лукичев Б.Г., Сотников А.В., Носович Д.В., Чертищева А.А., Епифанов С.Ю., Ахметшин И.М. Сезонные изменения клубочковой фильтрации у мужчин моложе 60 лет в остром и подостром периодах инфаркта миокарда. *Нефрология*. 2021;25(1):70–75. <https://doi.org/10.36485/1561-6274-2021-25-1-70-75>. EDN: WEYHUX.
18. Гордиенко А.В., Сотников А.В., Година З.Н., Носович Д.В. Предвестники развития хронической

- сердечной недостаточности после инфаркта миокарда у военнослужащих. *Военно-медицинский журнал*. 2024;345(4):17–21. https://doi.org/10.52424/00269050_2024_345_4_17. EDN: TOTDKQ.
19. Гордиенко А.В., Меньшикова А.Н., Сотников А.В. Особенности клинического течения инфаркта миокарда у мужчин моложе 60 лет с легочной гипертензией. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2020;22(9):64–68. <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-9-64-68>. EDN: AWIVPJ.
 20. Гордиенко А.В., Епифанов С.Ю., Сотников А.В. Особенности клинического течения инфаркта миокарда с рецидивирующими эпизодами ишемии у мужчин моложе 60 лет. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2021;23(5):136–143. <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-5-136-143>. EDN: PDUMOV.
 21. Гордиенко А.В., Сотников А.В., Носович Д.В. Сезонные особенности инфаркта миокарда у мужчин молодого и среднего возраста. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2017;19(10):65–70. EDN: ZATOGP.
 22. Епифанов С.Ю., Сотников А.В., Носович Д.В. Особенности поражения коронарных артерий при инфаркте миокарда с рецидивирующими эпизодами ишемии у мужчин молодого и среднего возраста. *Медико-фармацевтический журнал «Пульс»*. 2021;23(3):74–79. <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-3-74-79>. EDN: LXSTGU.
 23. Галявич А.С., Терещенко С.Н., Ускач Т.М., Агеев Ф.Т., Аронов Д.М., Арутюнов Г.П. и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(11):251–349. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6162>. EDN: WKIDLJ.
 24. Sugiura T., Iwasaka T., Takehana K., Nagahama Y., Taniguchi H., Inada M. Clinical significance of pericardial effusion associated with pericarditis in acute Q-wave anterior myocardial infarction. *Chest*. 1993;104(2):415–418. <https://doi.org/10.1378/chest.104.2.415>.
 25. Gholoobi A., Askari V.R., Naghedinia H., Ahmadi M., Vakili V., Baradaran Rahimi V. Colchicine effectively attenuates inflammatory biomarker high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Inflammopharmacology*. 2021;29(5):1379–1387. <https://doi.org/10.1007/s10787-021-00865-0>.
 26. Сахин В.Т., Крюков Е.В., Казаков С.П., Сотников А.В., Гордиенко А.В., Гуляев Н.И., Рукавицын О.А. Современные возможности дифференциальной диагностики различных типов анемий у больных, страдающих заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека. *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2024;26(4):513–522. <https://doi.org/10.17816/brmma633445>. EDN: ERUMRD.
 27. Proskuriakova E., Shrestha D.B., Jasaraj R., Reddy V.K., Shtembari J., Raut A. et al. Cardiovascular adverse events associated with second-generation bruton tyrosine kinase inhibitor therapy: a systematic review and meta-analysis. *Clin Ther*. 2024;46(2):134–145. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2023.11.014>.
 28. Casula M., Andreis A., Avondo S., Vaira M.P., Imazio M. Colchicine for cardiovascular medicine: a systematic review and meta-analysis. *Future Cardiol*. 2022;18(8):647–659. <https://doi.org/10.2217/fca-2020-0206>.

REFERENCES

1. Shlyakhto E.V., Nedogoda S.V., Babenko A.Yu., Arutyunov G.P., Drapkina O.M., Kobalava Zh.D. et al. Concept of an interdisciplinary consensus document on cardiovascular-renal-hepatic-metabolic syndrome. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(1S):7–15. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2025-6533>. EDN: USWGQQ.
2. Novikov V.A., Gulyaev N.I., Grechanik P.M., Sotnikov A.V. Dynamics of clinical manifestation of signs of heart failure in patient in young and middle age during a long period of myocardial infarction. *Military-Medical Journal*. 2009;330(5):68–69. (In Russ.). EDN: VRAJFH.
3. Gordienko A.V., Sotnikov A.V., Nosovich D.V. The role of infectious and seasonal factors in the development of myocardial infarction in men under 60 years old. *Russian Military Medical Academy Reports*. 2021;40(3):33–38. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/rmmar76434>. EDN: TBNXBD.
4. Gordienko A.V., Tasybaev B.B., Sotnikov A.V., Barsukov A.V., Chumak B.A., Menshikova A.N. et al. Possibilities and limitations for rehabilitation in males under 60 years old with myocardial infarction, complicated by acute kidney injury. *Physical and Rehabilitation Medicine*. 2022;4(4):17–26. (In Russ.). <https://doi.org/10.26211/2658-4522-2022-4-4-17-26>. EDN: OZFSIZ.
5. Averkov O.V., Harutyunyan G.K., Duplyakov D.V., Konstantinova E.V., Konstantinova N.N., Shakhnovich R.M. et al. 2024 Clinical practice guidelines for Acute myocardial infarction with ST segment elevation electrocardiogram. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(3):121–207. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2025-6306>. EDN: IVJCUK.
6. Averkov O.V., Harutyunyan G.K., Duplyakov D.V., Konstantinova E.V., Nikulina N.N., Shakhnovich R.M. et al. 2024 Clinical practice guidelines for Acute coronary syndrome without ST segment elevation electrocardiogram. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(5):127–216. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2025-6319>. EDN: CXJUJB.
7. Isidoro C.A., Deniset J.F. Pericardial immune cells and their evolving role in cardiovascular pathophysiology. *Can J Cardiol*. 2023;39(8):1078–1089. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2023.05.017>.
8. Younas A., Awan Z., Khan T., Mehta S., Munir A., Raja H.A.A. et al. The effect of colchicine on myocardial infarction: An updated systematic review and meta-analysis.

- lysis of randomized controlled trials. *Curr Probl Cardiol.* 2025;50(1):102878. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102878>.
9. Aydinalp A., Wishniak A., van den Akker-Berman L., Or T., Roguin N. Pericarditis and pericardial effusion in acute ST-elevation myocardial infarction in the thrombolytic era. *Isr Med Assoc J.* 2002;4(3):181–183.
 10. Dee F., Savage L., Leitch J.W., Collins N., Loten C., Fletcher P. et al. Management of acute coronary syndromes in patients in Rural Australia: The MORACS randomized clinical trial. *JAMA Cardiol.* 2022;7(7):690–698. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2022.1188>.
 11. Prepoudis A., Koechlin L., Nestelberger T., Boeddinghaus J., Lopez-Ayala P., Wussler D. et al.; APACE investigators. Incidence, clinical presentation, management, and outcome of acute pericarditis and myopericarditis. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2022;11(2):137–147. <https://doi.org/10.1093/ehjacc/zuab108>.
 12. Gordienko A.V., Izmuhanov A.S., Sotnikov A.V., Sahin V.T., Nosovich D.V., Chumak B.A. Possibilities of the complicated rupture myocardial infarction development prediction in young and middle-aged men. *Medical and Pharmaceutical Journal "Pulse".* 2022;24(11):23–29. (In Russ.). <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-11-23-29>. EDN: HPQPZQ.
 13. Military Field Therapy. E.V.Kryukov, ed. 2nd ed., revised and expanded. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. 736 p. (In Russ.). <https://doi.org/10.33029/9704-8023-6-VPT-2023-1-736>. EDN: BBIEJU.
 14. Gordienko A.V., Sotnikov A.V., Menshikova A.N., Nosovich D.V. Predictors of the development of pulmonary hypertension in the subacute period of myocardial infarction in military personnel. *Military Medical Journal.* 2023;344(11):41–45. (In Russ.). https://doi.org/10.52424/00269050_2023_344_11_41. EDN: MWQQYY.
 15. Budylna O.A., Bure V.M., Sotnikov A.V. Application of contingency tables and binary logistic regression with categorical predictors to the analysis of data on myocardial infarction. In: Sustainability and Management Processes. Proceedings of the 3rd International Conference. Saint Petersburg; 2015. P. 465–466. (In Russ.). EDN: UTSIWH.
 16. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S., Chaitman B.R., Bax J.J., Morrow D.A., White H.D.; ESC Scientific Document Group. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J.* 2019;40(3):237–269. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy462>.
 17. Gordienko A.V., Lukichev B.G., Sotnikov A.V., Nosovich D.V., Cherticheva A.A., Epifanov S.Yu., Akhmetshin I.M. Glomerular filtration rate seasonal variations in men under 60 years old within acute and subacute period of myocardial infarction. *Nephrology (Saint-Petersburg).* 2021;25(1):70–75. (In Russ.). <https://doi.org/10.36485/1561-6274-2021-25-1-70-75>. EDN: WEYHUX.
 18. Gordienko A.V., Sotnikov A.V., Godina Z.N., Nosovich D.V. Precursors of the development of chronic heart failure after myocardial infarction in military personnel. *Military Medical Journal.* 2024;345(4):17–21. (In Russ.). https://doi.org/10.52424/00269050_2024_345_4_17. EDN: TOTDKQ.
 19. Gordienko A.V., Men'shikova A.N., Sotnikov A.V. The clinical course of myocardial infarction peculiarities in men under 60 years old with pulmonary hypertension. *Medical and Pharmaceutical Journal "Pulse".* 2020;22(9):64–68. (In Russ.). <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-9-64-68>. EDN: AWIVPJ.
 20. Gordienko A.V., Epifanov S.Yu., Sotnikov A.V. The clinical course of myocardial infarction peculiarities in men under 60 years old with recurrent episodes of ischemia. *Medical and Pharmaceutical Journal "Pulse".* 2021;23(5):136–143. (In Russ.). <https://doi.org/10.26787/nydha2686-6838-2021-23-5-136-143>. EDN: PDUMOV.
 21. Gordienko A.V., Sotnikov A.V., Nosovich D.V. Seasonal features of myocardial infarction in men of young and middle age. *Zdorov'e i Obrazovanie v XXI Veke.* 2017;19(10):65–70. (In Russ.). EDN: ZATOGP.
 22. Epifanov S.Yu., Sotnikov A.V., Nosovich D.V. Coronary arteries damage features in young and middle-aged men with myocardial infarction and recurrent episodes of ischemia. *Medical and Pharmaceutical Journal "Pulse".* 2021;23(3):74–79. (In Russ.). <https://doi.org/10.26787/nydha2686-6838-2021-23-3-74-79>. EDN: LXSTGU.
 23. Galyavich A.S., Tereshchenko S.N., Uskach T.M., Ageev F.T., Aronov D.M., Arutyunov G.P. et al. 2024 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. *Russian Journal of Cardiology.* 2024;29(11):251–349. (In Russ.). <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6162>. EDN: WKIDLJ.
 24. Sugiura T., Iwasaka T., Takehana K., Nagahama Y., Taniguchi H., Inada M. Clinical significance of pericardial effusion associated with pericarditis in acute Q-wave anterior myocardial infarction. *Chest.* 1993;104(2):415–418. <https://doi.org/10.1378/chest.104.2.415>.
 25. Gholoobi A., Askari V.R., Naghedinia H., Ahmadi M., Vakili V., Baradaran Rahimi V. Colchicine effectively attenuates inflammatory biomarker high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Inflammopharmacology.* 2021;29(5):1379–1387. <https://doi.org/10.1007/s10787-021-00865-0>.
 26. Sakhin V.T., Kryukov E.V., Kazakov S.P., Sotnikov A.V., Gordienko A.V., Gulyaev N.I., Rukavitsyn O.A. Modern differential diagnosis of various types of anemia in patients with HIV-associated disease. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy.* 2024;26(4):513–522. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/brmma633445>. EDN: ERUMRD.
 27. Proskuriakova E., Shrestha D.B., Jasaraj R., Reddy V.K., Shtembari J., Raut A. et al. Cardiovascular adverse events

associated with second-generation bruton tyrosine kinase inhibitor therapy: a systematic review and meta-analysis. *Clin Ther.* 2024;46(2):134–145. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2023.11.014>.

Об авторах

Александр Волеславович Гордиенко — д.м.н., профессор, профессор кафедры и клиника госпитальной терапии имени профессора В.Н. Сиротинина, заслуженный врач РФ. E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6901-6436>; SPIN: 5049-3501

✉ **Владислав Германович Касаткин** — слушатель факультета подготовки врачей, член научного кружка кафедры госпитальной терапии.

E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0009-0006-4975-0891>; SPIN: 1081-9922

Даниил Назарович Янишевский — слушатель факультета подготовки врачей, член научного кружка кафедры госпитальной терапии.

E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0009-0007-3723-6286>; SPIN: 8504-0841

Виталий Вадимович Тупицын — к.м.н., старший преподаватель, кафедра и клиника госпитальной терапии имени профессора В.Н. Сиротинина, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова; доцент кафедры внутренних болезней им. профессора Б.И. Шулуто, Санкт-Петербургский медико-социальный институт. E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7872-2172>; SPIN: 8067-1635

Александр Андреевич Татаркин — к.м.н., преподаватель, кафедра и клиника госпитальной терапии имени профессора В.Н. Сиротинина, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова; доцент кафедры внутренних болезней им. профессора Б.И. Шулуто, Санкт-Петербургский медико-социальный институт. E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7578-6656>; SPIN: 3070-2436

Дмитрий Владимирович Носович — к.м.н., доцент, старший преподаватель, кафедра и клиника госпитальной терапии имени профессора В.Н. Сиротинина. E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2891-4747>; SPIN: 2318-4509

28. Casula M., Andreis A., Avondo S., Vaira M.P., Imazio M. Colchicine for cardiovascular medicine: a systematic review and meta-analysis. *Future Cardiol.* 2022;18(8):647–659. <https://doi.org/10.2217/fca-2020-0206>.

Authors' info

Alexander V. Gordienko — Dr. Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department and Clinic of Hospital Therapy named after Professor V.N. Sirotinin, Honored Doctor of the Russian Federation. E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6901-6436>; SPIN: 5049-3501

✉ **Vladislav G. Kasatkin** — Academic/Clinical Trainee, Faculty of Medical Training, Member of the Research Group, Department of Hospital Therapy.

E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0009-0006-4975-0891>; SPIN: 1081-9922

Daniil N. Yanishevskiy — Academic/Clinical Trainee, Faculty of Medical Training, Member of the Research Group, Department of Hospital Therapy.

E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0009-0007-3723-6286>; SPIN: 8504-0841

Vitaly V. Tupitsyn — Cand. Sci. (Med.), Senior Lecturer, Department and Clinic of Hospital Therapy named after Professor V.N. Sirotinin, Kirov Military Medical Academy; Associate Professor of the Department of Internal Medicine named after Professor B.I. Shulutko, Saint Petersburg Medical and Social Institute. E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7872-2172>; SPIN: 8067-1635

Alexander A. Tatarkin — Cand. Sci. (Med.), lecturer, Department and Clinic of Hospital Therapy named after Professor V.N. Sirotinin, Kirov Military Medical Academy; Associate Professor of the Department of Internal Medicine named after Professor B.I. Shulutko, Saint Petersburg Medical and Social Institute.

E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7578-6656>; SPIN: 3070-2436

Dmitry V. Nosovich — Cand. Sci. (Med.), Senior Lecturer, Department and Clinic of Hospital Therapy named after Professor V.N. Sirotinin.

E-mail: vmeda-nio@mil.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2891-4747>; SPIN: 2318-4509