

Выводы

1. Из жалоб чаще встречались: у пациентов с С1 ФК — жажда (выявлена у 80 % пациентов), сухость во рту (у 80 %), головная боль (у 60 %), боль в ногах (у 60 %), у пациентов с С2 ФК — головная боль (у 60 %), боль в ногах (у 48 %), общая слабость (у 48 %), у пациентов с С3а ФК — общая слабость (у 100 %), рези при мочеиспускании (у 80 %), боль в пояснице (у 60 %), у пациентов с С3б ФК — отеки ног (у 60 %), онемение ног (у 60 %), у пациентов с С4 ФК — боль в ногах (у 100 %), онемение ног (у 80 %).

2. У 67,39 % пациентов с СД и диабетической нефропатией преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, тем самым подтверждая наличие нефрокардиальных взаимоотношений.

3. Уровень гликированного гемоглобина увеличивался по мере снижения функции почек. Так, средний показатель гликированного гемоглобина у пациентов при С1 составил $7,2 \pm 0,62$ %, при С2 — $7,97 \pm 0,46$ %, при С3а — $8,69 \pm 0,87$ %, при С3б — $9,06 \pm 0,23$ %, при С4 — $9,44 \pm 0,88$ %. Данная динамика подтверждает вклад гипергликемии в развитие диабетической нефропатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Взаимосвязь цистатина С и структурно-геометрических параметров сердца у пациентов с сахарным диабетом и хронической болезнью почек [Электронный ресурс] / О. Н. Василькова [и др.] // Кардиология в Беларуси. 2021. Т. 13, № 5. С. 734–745. Режим доступа : <https://elib.gsmu.by/xmlui/handle/GomSMU/9552>. Дата обращения : 15.02.2022.

2. Значимость цистатина С в ранней диагностике диабетической нефропатии [Электронный ресурс] / О. Н. Василькова [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. 2021. № 18(2). С. 79–85. Режим доступа : <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/9150>. Дата обращения: 15.02.2022.

3. Почечные механизмы сахарного диабета [Электронный ресурс] / Д. Б. Большириков [и др.] // Acta Biomedica Scientifica. 2011. № 1–2. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/pochechnye-mehanizmy-saharnogo-diabeta>. Дата обращения : 15.02.2022.

4. Ермакова, Е. А. Сахарный диабет и артериальная гипертензия [Электронный ресурс] / Е. А. Ермакова, А. С. Аметов, Н. А. Черникова // МС. 2015. № 12. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/saharnyy-diabet-i-arterialnaya-gipertenziya>. Дата обращения: 15.02.2022.

5. Величко, П. Б. Влияние продолжительности сахарного диабета на распространенность диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом 2 типа [Электронный ресурс] / П. Б. Величко, Э. М. Османов // Вестник российских университетов. Математика. 2015. № 3. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-prodolzhitelnosti-saharnogo-diabeta-na-rasprostranennost-diabeticheskoy-retinopatii-u-bolnyh-saharnym-diabetom-2-tipa>. Дата обращения : 15.02.2022.

УДК 616-12.008.1

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Крилович В. В., Шавловская И. В., Шепелевич А. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться актуальной проблемой в клинической медицине, по-прежнему лидируя среди причин смертности, несмотря на большой прогресс в диагностике и лечении кардиоваскулярной патологии. Среди сердечно-сосудистых заболеваний особое место занимает фибрилляция предсердий (ФП) как наиболее частая форма нарушений ритма и значимый фактор риска экстракардиальных (метаболических, вегетативных, электролитных и эндокринных) нарушений. Фибрилляция предсердий по распространенности занимает второе место после желудочковой экстрасистолии и

выявляется в общей популяции в 1,4–1,5 % случаев, а среди пожилого населения ее частота достигает 3–17,8 % [1].

По данным последних исследований, в недалеком будущем ожидается прирост распространенности нарушений ритма и проводимости, что связано со старением населения, а также с увеличением количества коморбидных пациентов [2]. Коморбидность — сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний или синдромов, связанных единым патогенезом или совпадающих по времени. При ведении пациентов с фибрилляцией предсердий нельзя исключать заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) как возможную причину их возникновения. Особое внимание следует уделять коморбидным пациентам с фибрилляцией предсердий и заболеваниями верхних отделов ЖКТ, поскольку назначение пероральных антикоагулянтов на длительный период времени может приводить к усугублению заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Цель

Изучение распространенности коморбидной патологии среди пациентов с ФП.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы истории болезни 51 пациента в возрасте от 63 до 87 лет с диагнозом ФП, который был верифицирован клинико-функциональными методами, находившихся на стационарном лечении в «Кардиологическом отделении № 1» в ГОККЦ в 2021 г. Все пациенты имели артериальную гипертензию 1–3 степени на протяжении от 5 до 30 лет и относилось к группе высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска. Наличие патологии верхних отделов ЖКТ у пациентов подтверждалось проведением ФГДС.

Результаты исследования и их обсуждение

Диагноз ФП был установлен 29 (56,86 %) мужчинам и 22 (43,14 %) женщинам. По результатам исследования на ФГДС распределение пациентов обследуемой группы с диагнозом ФП было следующим образом: у 47 (92 %) пациентов с ФП выявили эритематозную гастропатию, из них данная патология определялась у 29 (100 %) мужчин и 18 (33,3 %) женщин; язвенную болезнь желудка выявили у 3 (5,8 %) пациентов, из них у 1 (3,44 %) мужчины и 2 (9,1 %) женщин; у 13 (25,49 %) пациентов обнаружили язвенную болезнь 12-перстной кишки, из них 8 (27,6 %) мужчин и 5 (22,7 %) женщин; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) определялась у 7 (13,72 %) пациентов, из них мужчин — 4 (13,8 %) и 3 (13,6 %) женщины.

Выводы

Было установлено, что среди пациентов с ФП, у всех определялись патологии верхних отделов ЖКТ без четкой взаимосвязи с полом, что повышает вероятность развития коморбидной патологии и риска геморрагических осложнений. Таким образом, общие факторы риска, рост заболеваемости как верхних отделов органов ЖКТ, так и ФП значительно повышают вероятность развития коморбидной патологии. Наличие коморбидности необходимо учитывать при выборе лечения, а также соответствующих алгоритмов диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Затонская, Е. В. Распространенность и клиническое значение нарушений ритма сердца : непосредственный / Е. В. Затонская, Г. В. Матюшин, Н. Г. Гоголашвили // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. № 13 (3). С. 403–408.
2. Чижова, О. Ю. Управление рисками желудочно-кишечных кровотечений у коморбидных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / О. Ю. Чижова, А. Н. Белоусова, И. Г. Бакулин // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. Т. 14, № 4. С. 583–590.
3. Хидирова, А. Д. Особенности течения фибрилляции предсердий у пациентов с коморбидностью в зависимости от проводимой терапии / А. Д. Хидирова, Д. А. Яхонтов, С. А. Зенин // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019. Т. 8 (2). С. 21–29.
4. Нарушения сердечного ритма и проводимости при заболеваниях пищевода и желудочно-кишечного тракта / В. В. Блинова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2020.