

Результаты исследования и их обсуждение

После осмотра пациента были проведены следующие обследования с обнаруженными изменениями: общий анализ крови – СОЭ 49 мм/ч, Нб 123 г/л. Коагулограмма – фибриноген 5,07 г/л. Биохимический анализ крови – ЩФ 140 ед/л, Рентгенография ОГК – справа в наддиафрагмальной области определяется плотный очаг до 4 мм. Тень сердца расширена за счет грудного отдела аорты. Электрокардиография – синусовая тахикардия, ЧСС 97–100 уд/мин, нормальное положение ЭОС, субэндокардиальные изменения заднебоковой стенки левого желудочка, признаки нагрузки на левый желудочек. Эхокардиография – признаки атеросклероза орты. Фиброз аортального и митрального клапанов. Регургитация на трикуспидальном клапане легочной артерии. Диастолическая дисфункция ЛЖ, тип 1. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Глобальная сократимость миокарда снижена. Аневризматическое расширение восходящего отдела аорты с формированием ложного хода, выстланного тромботическими массами, размер 4,7×2,1 см. Признаки умеренного гидроперикарда. Компьютерная ангиография аорты – расслаивающая аневризма аорты. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости – эхографические признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы. ФГДС – хронический гипотрофический гастрит. УЗИ брахиоцефальных артерий – эхографические признаки стенозирующего атеросклероза, шейного остеохондроза.

Пациент после проведения диагностических мероприятий в экстренном порядке был переведен в ГОККД для хирургического лечения расслаивающей аневризмы.

Выводы

Многообразие форм, причин, клиники болезней аорты и ее ветвей и часто тяжелый, порой смертельный их исход диктует необходимость практическому врачу хорошо ориентироваться в этой патологии и своевременно выбирать адекватную лечебную тактику, часто в тандеме с хирургом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Василевич, А. П. Аневризмы аорты: Методические указания / А. П. Василевич. – Минск: БГМУ, 2001. – 29 с.

УДК 616.12-008.331-052-06

А. А. Синькевич, С. С. Невдах

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Введение

Коморбидность – сочетание у одного пациента двух или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени вне зависимости от активности каждого из них. Отличительной особенностью артериальной гипертензии (АГ) является высокая частота коморбидности. Пациенты с АГ, как правило, имеют одну или несколько сопутствующих патологий. Клинический опыт свидетельствует о том, что все коморбидные заболевания влияют на течение и исход друг друга, однако степень этого влияния, вероятно, может быть различной [1].

Вариабельность артериального давления (АД) – многофакторный показатель, на который оказывают влияние физическая активность, психологические факторы, приверженность к антигипертензивной терапии, нейрогуморальный статус. Основными детерминантами variability АД являются возраст, среднее АД, частота сердечных сокращений и пол, а также variability частоты сердечных сокращений. Независимая связь между высокой variability АД и клиническими исходами выявлена в клинических и эпидемиологических исследованиях. Точный анализ variability АД в течение суток имеет бесспорное патофизиологическое значение для понимания механизмов, вовлеченных в гомеостатический контроль АД в норме и при таких заболеваниях, как эссенциальная и вторичная АГ, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет и хроническая болезнь почек. Этот показатель позволяет судить о повреждении органов-мишеней, обусловленным высоким АД, и прогрессировании в них изменений с течением времени [2].

Цель

Оценить variability АД у пациентов с АГ и сопутствующими патологиями.

Материал и методы исследования

Нами ретроспективно обработаны результаты предоставленных архивных данных суточного мониторинга артериального давления 54 пациентов, проведенного в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр» за 2021–2022 гг. Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программы Microsoft Office Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа 54 пациентов, были разделены на группы: с АГ. 5 пациентов (9 %) – с АГ 1 степени, 39 пациентов (72 %) – с АГ 2 степени и 10 пациентов (19 %) – с АГ 3 степени. Из них 23 женщины (42,6 %) и 31 мужчина (57,4 %).

При АГ 1 степени сопутствующими заболеваниями являются: ишемическая болезнь сердца (ИБС), дислипидемия.

При АГ 2 степени у 21 пациента наблюдается – хроническая ИБС (ХИБС). У 3 пациентов с АГ 2 типа наблюдается сахарный диабет 2 типа, а также дислипидемия.

При АГ 3 степени у 8 пациентов сопутствующим заболеванием является ХИБС, у 1 пациента сопутствующим заболеванием является сахарный диабет 2 типа, и у 1 пациента – стенозирующий коронаросклероз.

Среднее значение variability систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у пациентов с АГ 1 степени составляет 10,2 мм.рт.ст., а ДАД 10,2 мм рт. ст., с сопутствующим заболеванием – ХИБС.

Среднее значение variability САД и ДАД у пациентов с АГ 2 степени составляет 13,2 мм рт. ст., а ДАД 11,6 мм рт. ст., у пациентов с сопутствующим заболеванием – ХИБС.

Среднее значение variability САД и ДАД у пациентов с АГ 3 степени составляет 14,9 мм рт. ст., а ДАД этой группы составляет 10,1 мм рт. ст. У этих пациентов коморбидной патологией является ХИБС.

У пациентов с АГ 1 степени индекс времени САД равен 20,2 %, а индекс времени ДАД – 16,4 %. Коморбидным заболеванием у этой группы пациентов является ХИБС.

У пациентов с АГ 2 степени индекс времени САД – 13,5 %, индекс времени ДАД – 13,2 %, с сопутствующим заболеванием – ХИБС.

У пациентов с АГ 3 степени индекс времени САД составляет 55,3 %, индекс времени ДАД – 33,7 %. У этих пациентов сопутствующим заболеванием является ХИБС.

Средний суточный индекс САД у пациентов с АГ 1 степени составляет 6,0 %, а ДАД – 10,3 %, с сопутствующим заболеванием – ХИБС.

Средний суточный индекс у пациентов с АГ 2 степени САД составляет 7,0 %, а средний суточный индекс ДАД – 12,8 %, с сопутствующими заболеваниями – ХИБС.

Средний суточный индекс САД у пациентов с АГ 3 степени составляет 6,0 %, а средний суточный индекс ДАД – 8,9 %. Сопутствующим заболеванием является ХИБС.

Средняя величина утреннего подъема САД у пациентов с АГ 1 степени составляет 27,2 мм рт. ст., ДАД – 31,4 мм рт. ст. У пациентов коморбидным заболеванием является ХИБС.

Средняя величина утреннего подъема САД у пациентов с АГ 2 степени – 42,0 мм рт. ст., ДАД – 37,3 мм рт. ст. Сопутствующим заболеванием у этих пациентов является ХИБС.

Средняя величина утреннего подъема САД у группы пациентов с АГ 3 степени равна 45,3 мм рт. ст., ДАД – 34,4 мм рт. ст., с коморбидным заболеванием – ХИБС.

Скорость утреннего подъема САД у группы пациентов с АГ 1 степени равна 6,2 мм рт. ст., а ДАД – 5,2 мм рт. ст. У этой группы пациентов коморбидной патологией является ИБС и хроническая ревматоидная болезнь сердца.

Скорость утреннего подъема САД у пациентов с АГ 2 степени равна 7,0 мм рт. ст., а ДАД – 5,8 мм рт. ст. У пациентов коморбидным заболеванием является ХИБС.

Скорость утреннего подъема САД у пациентов с АГ 3 степени равна 11,6 мм рт. ст., а ДАД – 6,6 мм рт. ст. соответственно. Коморбидной патологией является ХИБС.

Выводы

Из нашей выборки у пациентов с АГ 1 степени сопутствующими патологиями являются: ИБС, хроническая ревматоидная болезнь сердца и дислипидемия.

У пациентов с АГ 2 степени преобладающей сопутствующей патологией является ХИБС.

У пациентов с АГ 3 степени преобладающей патологией является стабильная стенокардия.

Стабильная стенокардия и атеросклеротическая болезнь сердца повлияли на повышение индекса времени у пациентов с АГ 3 степени. Индекс времени САД составляет 55,3 %, индекс времени ДАД – 33,7 %.

ХИБС у пациентов с АГ 2 степени повлияла на повышение средней величины утреннего подъема САД и ДАД.

Сахарный диабет и дислипидемия у пациентов с АГ не повлияли на показатели СМАД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения – Москва, 2018./ Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ, Национальная медицинская Ассоциация по изучению Сочетанных Заболеваний, Профессиональный фонд содействия развитию медицины «ПРОФМЕДФОРУМ» – С. 8–9.
2. Сафроненко, В. А. Особенности сосудистой ригидности у пациентов с артериальной гипертензией при сочетании с хронической сердечной недостаточностью и синдромом старческой астении / В. А. Сафроненко, А. И. Чесникова, Н. А. Семенцова // Артериальная гипертензия. – 2022. – Т. 28, № 6. – С. 659–668.

УДК 616.127-005.8-08-036:[616.98:578.834.1]

А. В. Сподобаева, Е. В. Гаркач

Научный руководитель: А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Введение

Согласно Демографическому ежегоднику 2019-го года, выпущенному Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь, в 2018 году смертность составила