

Нами было установлено, что ГУ, наблюдаемая при подаре, действительно коррелирует с ХБП, и приводит к поражению почек практически у половины пациентов при наличии у них сходных сопутствующих патологий. Различий в оценке риска связи между ГУ и развитием ХБП у мужчин и женщин обнаружено не было.

### **Выводы**

Таким образом, серьезным осложнением подагры является поражение почек. Согласно клиническому протоколу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 522 от 10 мая 2012 года о диагностике и лечении пациентов с ревматическими заболеваниями, всем пациентам с подагрой для более раннего выявления и контроля поражения почек, рекомендовано УЗИ почек 1 раз в год.

Своевременное проведение диспансеризации и динамическая оценка функции почек, включающая биохимический анализ крови, определением скорости клубочковой фильтрации и УЗИ почек позволило бы выявить ХБП на ранней стадии, назначить рациональную терапию и повысить качество жизни пациентов.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Прожерина, Ю. Подагра: новое в клинических рекомендациях / Ю. Прожерина, И. Широкова // Ремедиум. – 2021. – № (2). – С. 58–61.
2. Светлова, М.С. Клинические проявления, диагностика и лечение подагры в практике врача первичного звена / М. С. Светлова // Медицинский совет. – 2020. – (4). – С. 136–142.
3. Беляева, Е. А. Подагра: современные представления / Е. А. Беляева // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – № 5(1). – С. 2–14.
4. Гиперурикемия, подагра и коморбидность / Н. А. Шостак [и др.] // Клиницист. – 2022. – № 16(3). – С. 58–64.
5. Кондрашов, А. А., Клименко, А. А., Шостак, Н. А. Ведение пациентов с подагрой: фокус на поражение почек // Лечебное дело. – 2021. – № (3). – С. 51–57.
6. Фомин, В. В. Подагрическая (уратная) нефропатия // Concilium Medicum. – 2021. – № 23(1). – С. 11–14.

**УДК 616.132-007.64-036.12-07**

**А. В. Сиканова, А. В. Мойсюк**

*Научный руководитель: к.м.н., Н. Г. Кадочкина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ (ТИП 2, ПО ДЕ БЕЙКИ)**

### **Введение**

Аневризма грудной аорты-медленно прогрессирующее заболевание, но потенциально летальное, которое в конечном итоге приводит к разрыву или расслоению. При аневризме атеросклеротического генеза продолжительность жизни 90 % пациентов составляет, в среднем, 2,4 года; а 5 – летняя выживаемость – около 20–25 %. Риск разрыва аневризмы грудной аорты высок – 46–47 %. Заболеваемость составляет 6–10 на 100 тысяч в год, а соотношение мужчин и женщин 2:1–4:1 [1].

### **Цель**

Представить клинический случай пациента с хронической расслаивающей аневризмой аорты (тип 2, по Де Бейки).

### **Материал и методы исследования**

Пациент А., 54 года, поступил в отделение иммунопатологии и аллергологии ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в мае 2013 года.

### **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].