

По результатам нашего исследования среди основных факторов наиболее встречающимся в обеих группах стали липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и связка ЛПВП + наивысший суточный САД.

Дополнительные факторы также внесли вклад в увеличение показателя CHD-RISK, однако ни один из факторов не превалирует над остальными.

Выводы

CHD-RISK был связан с развитием АС. Наивысший риск развития АС был у человека со следующими параметрами (согласно CHD-RISK): мужчина, возраст ≥ 55 лет, курящий в настоящее время и имеющий ИМТ ≥ 30 кг/м². По данным биохимического анализа крови имеет как минимум повышенный уровень ЛПВП, но может также иметь повышенный максимальный показатель САД и/или повышенный CHOL.

Данное исследование позволяет предположить, что CHD-RISK может быть применен для прогнозирования риска АС. Необходимы дальнейшие исследования для выявления, управления и разработки лучших стратегий лечения в этих подгруппах высокого риска.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] / под ред. В. С. Моисеева; А. И. Мартынова; Н. А. Мухина. – 3-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 958 с.
2. Дземешкевич, С. Л. Пороки аортального клапана у взрослых: современная патология и показания к операции // Атмосфера. Новости кардиологии. – 2003. – № 2. – С. 2–4.
3. Tursunova, M. A. ASSESSMENT OF THE SIGNIFICANCE OF RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF CHD // Экономика и социум. – 2022. – № 11-2 (102). – С. 240–242.
4. Воробьев, Р. И. Автоматизированное определение коронарного риска // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2013. – № 2.

УДК 616.12-008.313.2-08-052:159.9

Ю. А. Ключинская, М. И. Богомазова

Научный руководитель: ассистент И. Л. Мамченко;

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) – это одна из наиболее часто встречающихся наджелудочковых аритмий, характеризующаяся хаотичной электрической активностью предсердий с частотой импульсов 350–700 в минуту, что исключает возможность их координированного сокращения. В настоящее время количество пациентов с фибрилляцией предсердий увеличивается из-за широкой распространенности факторов риска развития ФП: артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), коронарная болезнь сердца (КБС), сахарный диабет (СД), пожилой возраст пациентов, что осложняет подбор адекватной терапии и существенно отражается на ее стоимости [1].

Значительное влияние на формирование атерогенеза, тромбообразования, эндотелиальной дисфункции оказывает гормон жировой ткани – лептин. Влияние лептина на процессы аритмогенеза недостаточно изучены, однако за последние годы был проведен ряд исследований, доказывающих липотоксическое поражение миокарда при ожирении, выражающееся в изменении структуры миокарда и его функционального состояния [2].

Сама специфика ФП (клинические проявления, последствия, характер лечения) определяет ее существенное влияние на актуальную жизненную ситуацию и систему личностных отношений пациента, что связано со следующими обстоятельствами. Церебральные осложнения ФП (как острые, так и хронические) могут оказывать значимое влияние на психическую деятельность и функциональные возможности больного. Таким образом, ФП, являясь патологическим состоянием и одновременно психотравмирующим обстоятельством, может приводить к существенному снижению качества жизни пациента [3].

Состояние психологического здоровья играет важную роль в развитии нарушений ритма. Было выявлено, что в качестве фактора риска развития ФП у мужчин может рассматриваться состояние нервно-психического напряжения (tension), оцениваемое по самоотчетам о частом переживании беспокойства, нервозности, тревоги, невозможности расслабиться, нарушениях сна [3].

Доля ФП среди причин госпитализаций по поводу нарушений ритма составляет примерно одну треть. Пароксизмальная или персистирующая ФП имеется у 2,3 млн американцев и 4,5 млн европейцев [3]. ФП является причиной значительных затрат для здравоохранения (примерно 3000 евро или 3600 долларов на больного в год); в Европейском союзе общие затраты, связанные с ФП, достигают 13,5 млрд евро (или 15,7 млрд долларов) [4].

Заболеваемость ФП увеличивается с возрастом от 0,5 % в 40–50 лет, до 5–15 % в 80 лет. Мужчины чаще болеют, чем женщины. Риск развития ФП в течение жизни для тех, кто достиг возраста 40, составляет 25 %. ФП связана с увеличением риска смерти, инсульта и других тромбоэмболических событий, сердечной недостаточности и госпитализации, ухудшением качества жизни, снижением толерантности к физической нагрузке и дисфункции левого желудочка [4].

Цель

Оценить и проанализировать клиническое и психологическое состояние пациентов, госпитализированных с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы исследования

Было опрошено 54 пациента с фибрилляцией предсердий, находившихся на лечении в Государственном учреждении образования «Гомельская городская клиническая больница № 3», и проанализированы их медицинские карты. Для оценки психологического состояния был использован краткий опросник генерализованного тревожного расстройства (GAD-7). Полученные результаты статистически проанализированы и систематизированы в стандартных приложениях Microsoft, пакет OpenOffice.org. и Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были распределены на группы по возрасту и полу. Среди пациентов с ФП мужчины составили 21 (38,9 %) человек, женщины – 33 (61,1 %). В таблице 1 представлено соотношение пациентов с фибрилляцией предсердий по возрасту и полу.

Таблица 1 – Соотношение пациентов по возрасту и полу

Возраст пациентов	Распределение по полу
До 45 лет (молодой возраст)	1 человек (1,9 %): мужчина
46–59 лет (средний возраст)	9 человек (16,7 %): 44,4 % мужчин и 55,6 % женщин
60–74 лет (пожилой возраст)	30 человек (55,5 %): 46,7 % мужчины и 53,3 % женщин
75–89 лет (старческий возраст)	14 человек (25,9 %): 14,3 % мужчин и 85,7 % женщин

Наибольшее число пациентов с фибрилляцией предсердий составляли лица от 60 до 74 лет (пожилой возраст) – 30 (55,5 %) человек, от 75 до 89 лет (старческий возраст) – 14 (25,9 %) человек, от 46 до 59 (средний возраст) – 9 (16,7 %) человек, до 45 лет (молодой возраст) – 1 (1,9 %) человек.

В соответствии с индексом массы тела (ИМТ), пациенты были распределены на группы. Распределение пациентов представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Процентное соотношение пациентов по ИМТ

Индекс массы тела (ИМТ)	Число пациентов
Нормальная масса тела	14 человек (25,9 %)
Избыточная масса тела	16 человек (29,6 %)
Ожирение 1 степени	16 человек (29,6 %)
Ожирение 2 степени	7 человек (13 %)
Ожирение 3 степени	1 человек (1,9 %)

Нормальную массу тела имели 14 (25,9 %) человек. Избыточная масса тела и ожирение I степени, выявлены у одинакового количества человек – по 16 (29,6 %) в каждой группе. Ожирение II степени имело 7 (13 %), а III степени 1 (1,9 %) пациентов.

Среди пациентов с фибрилляцией предсердий артериальную гипертензию имели 50 (92,6 %) человек. В таблице 3 показана частота встречаемости АГ у пациентов.

Таблица 3 – Распространенность АГ среди пациентов

Степени АГ	Число пациентов
АГ 1 степени	7 человек (14 %)
АГ 2 степени	38 человек (76 %)
АГ 3 степени	5 человек (10 %)

Наибольшее число составляли пациенты с АГ 2 степени – 38 человек (76 %), АГ 1 степени – 7 (14 %), АГ 3 степени – 5 человек (10 %).

Количество пациентов с наличием патологии клапанного аппарата и фибрилляцией предсердий составило 13 человек (24,1 %). Структура патологических изменений клапанного аппарата представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Структура патологических изменений клапанного аппарата у пациентов с ФП

Патология клапана (-ов)	Число пациентов
Недостаточность митрального клапана (МК)	1 человек (7,7 %)
Недостаточность аортального клапана (АоК) и МК	5 человек (38,5 %)
Недостаточность трикуспидального клапана (ТК)	1 человек (7,7 %)
Недостаточность ТК, АоК, МК	4 человек (30,7 %)
Недостаточность ТК и МК	1 человек (7,7 %)
Недостаточность АоК и ТК	1 человек (7,7 %)

У пациентов с фибрилляцией предсердий преобладало сочетание недостаточности аортального и митрального клапанов – 5 человек (38,5 %) и сочетание недостаточности трикуспидального, аортального и митрального клапанов – 4 человек (30,7 %).

Психологическое состояние пациентов оценивалось по шкале GAD-7, результаты тестирования представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Психологическое состояние пациентов по шкале GAD-7

Показатели	Число пациентов
Минимальный уровень тревожности (0–4 балла)	6 человек (11,1 %)
Умеренный уровень тревожности (5–9 баллов)	15 человек (27,8 %)
Средний уровень тревожности (10–14 баллов)	25 человек (46,3 %)
Высокий уровень тревожности (15–21 баллов)	8 человек (14,8 %)

Минимальный уровень тревожности имели 6 (11,1%) пациентов, высокий уровень – 8 (14,8 %) человек. У 15 (27,8 %) лиц выявлен умеренный уровень тревожности. Средний уровень тревожности имели 25 (46,3 %) пациентов.

Выводы

Среди пациентов с фибрилляцией преобладали лица пожилого и старческого возраста. Избыточная масса тела и ожирение первой степени были выявлены у 59,6 % пациентов. С ФП 92,6 % пациентов имели артериальную гипертензию. Поражение клапанного аппарата выявлено у 24,1 % пациентов. Повышение уровня тревожности выявлено у 100 % пациентов. Среди них средний уровень тревожности имели 46,3% человек, минимальный – 11,1 %, а высокий уровень – 14,8 % пациентов.

Учитывая рост доли населения пожилого и старческого возраста в мире, для снижения частоты развития нарушений ритма и ФП, в частности, необходимо тщательно подходить к проведению профилактических мероприятий по развитию артериальной гипертензии, ожирения, поражения клапанного аппарата сердца и психологических нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокерия, О. Л. Женщины с фибрилляцией предсердий / О. Л. Бокерия, Л. Н. Хубулова // *Анналы аритмологии*. – 2019. – Т. 1, № 16. – С. 15–21.
2. Рябая, И. Н. Особенности фибрилляции предсердий у пациентов с ожирением в условиях крайнего севера. Серия: Естественные и Технические науки / И. Н. Рябая // *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики*. – 2022. – Т. 1, № 9. – С. 230–236.
3. Алехин, А. Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) / А. Н. Алехин [и др.] // *Вестник аритмологии*. – 2011. – № 63(63). – С. 45–54.
4. Диагностика и лечение фибрилляций предсердий : нац. рук-во / А. Г. Мрочек [и др.]. – Минск : РНПЦ «Кардиология», 2010. – 2 с.

УДК 616.1:616.89-008.46/.47

И. В. Коваленко, Д. О. Яшпарова

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Введение

В настоящее время наблюдается неуклонный рост пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), нарушение сердечного ритма, являясь основной причиной смертности и ухудшения качества жизни не только в Республике Беларусь, но и мире, в целом. Основным этиологическим фактором церебральной микроангиопатии является артериальная гипертензия, вызывающая артериолосклероз мелких пенетрирующих артерий и артериол (гипертоническую артериопатию) [1]. Артериальная гипертензия, является одним из основных факторов развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП), при этом изменяется структура церебральных сосудов, как следствие происходит гипертрофия и ремоделирование сосудистой стенки артериол, что, в свою очередь, способствует развитию атеросклероза крупных сосудов [1]. ДЭП – хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, характеризующаяся многоочаговым или диффузным ишемическим поражением головного мозга с постепенным развитием комплекса неврологических и нейропсихологических расстройств [1].