

Так же стоит обратить внимание на то, что среди исследованных женщин, уровень мочевой кислоты увеличивается с возрастом: средний возраст при целевом значении урикемии 55 ± 4 лет, при гиперурикемии в пределах 300–360 мкмоль/л – $57,0 \pm 3$ лет, при ГУ > 360 мкмоль/л 62 ± 3 года.

Выводы

Таким образом, целевой уровень мочевой кислоты (менее 300 мкмоль/л) определялся лишь у 27 (24,5 %) пациентов. Бессимптомная гиперурикемия, не требующая медикаментозной терапии, наблюдалась у 29 (26,4 %) пациентов. Бессимптомная гиперурикемия, требующая медикаментозной коррекции определялась у 54 (49 %) пациентов. В данной группе статистически значимо уровень мочевой кислоты был выше у женщин ($p < 0,05$). Также уровень мочевой кислоты у женщин увеличивался в зависимости от возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пятченков, М. О. Мочевая кислота и микрососудистая дисфункция у больных метаболическим синдромом / М. О. Пятченков // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. – 2014. – Том 6, № 2. – С. 60–67.
2. Сафарян, А. С. Мочевая кислота, как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний / А. С. Сафарян, А. С. Лишута, Д. В. Небиеридзе // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2022. – № 18(4). – С. 473–479.

УДК 616.12-008.331.1-052-08

А. Ю. Дедова, Д. С. Хамутовская

*Научные руководители: ассистент И. Л. Мамченко;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева*

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение

Актуальность проблемы артериальной гипертензии обусловлена распространенностью патологии, высокой инвалидизацией и смертностью от сердечно-сосудистых осложнений [1]. Многие авторы считают, что одной из главных причин неадекватного контроля артериальной гипертензии считается низкая приверженность пациентов к лечению. Адекватная приверженность к терапии является одним из важнейших факторов успешного контроля артериального давления, снижения риска поражения органов-мишеней. Также, по данным некоторых авторов, среди не приверженных к терапии пациентов с артериальной гипертензией риск госпитализаций, повторных госпитализаций и преждевременной смерти выше в 5,4 раза. На приверженность к антигипертензивной терапии влияют такие факторы, как пол, возраст, уровень образования, социально-экономический статус, низкая информированность о болезни, осложнениях и возможностях современной терапии [2].

Цель

Провести оценку уровня приверженности к антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией, выявить факторы, влияющие на приверженность к терапии у данных пациентов.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были проанализированы анкеты 32 пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом и терапевтическом отделениях ГУЗ «Гомельская город-

ская клиническая больница № 3». Оценка приверженности к антигипертензивной терапии оценивалась по тесту Мориски – Грина. Тест состоит из 4-х вопросов:

1. Забывали ли Вы когда-либо принимать препараты? (нет/да).
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да).
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да).
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? (нет/да).

Пациенты, ответившие на данные вопросы «нет» более 3 раз (набравшие более 3 баллов) считаются приверженными к терапии.

Оценка уровня здоровья проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы. Данная шкала представляет собой градуированную шкалу от 0 до 100 баллов, где 0 – худшее состояние здоровья, 100 – наилучшее состояние здоровья. Пациент делает отметку на шкале в том месте, которое отражает его уровень здоровья на момент тестирования.

Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе работы было опрошено 32 пациента, из которых мужчин и женщин было поровну по 16 (50 %) человек. Средний возраст пациентов составил $66,9 \pm 11,36$ лет.

У 5 (15,6 %) пациентов отмечалась артериальная гипертензия I степени, риск 4; у 26 (81,3 %) пациентов – артериальная гипертензия II степени, риск 4; а у 1 (3,1 %) пациента – артериальная гипертензия III степени, риск 4. Данные представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Процентное соотношение встречаемости артериальной гипертензии в зависимости от степени

По результатам проведенного теста Мориски – Грина выявлено, что у 19 (59,4 %) пациентов наблюдалась приверженность к антигипертензивной терапии, у 13 (40,6 %) пациентов – нет. Из группы приверженных, 13 (68,4%) пациентов составляли женщины, 6 (31,6 %) пациентов – мужчины. Также, из группы приверженных к антигипертензивной терапии, 15 (78,9 %) пациентов являлись пенсионерами, 4 (21,1 %) пациента были трудоспособного возраста. Из группы приверженных к терапии, 13 (68,4 %) пациентов имели высшее образование.

Средняя оценка здоровья согласно визуально-аналоговой шкале составила $60,5 \pm 10,37$ баллов. Среди группы пациентов, приверженных к антигипертензивной терапии данная оценка составила $53 \pm 3,99$ балла, а среди группы пациентов не приверженных к терапии – $71,5 \pm 6,02$ балла.

Выводы

По результатам анкетирования пациентов с артериальной гипертензией установлено, что большинство пациентов (59,4 %) привержены к антигипертензивной терапии. Выявле-

но, что пациенты женского пола и лица с высшим образованием в большей степени следуют рекомендациям врача о приеме антигипертензивных препаратов. Полученные результаты соответствуют литературным данным о влиянии образования и социального статуса на приверженность к терапии. Пациенты с хорошим самочувствием, имеющие более высокий балл по визуально-аналоговой шкале, менее привержены к антигипертензивной терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козловский, В. И. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные / В. И. Козловский, А. В. Симанович // Вестник ВГМУ. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 6–16.
2. Приверженность к лечению и эффективность антигипертензивной терапии среди больных артериальной гипертензией в Тюменской области / А. Ю. Ефанов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 4 (156). – С. 43–48.

УДК 616.36-003.826-037:616.379-008.64

А. Ю. Денисенко

Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РИСК РАЗВИТИЯ ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Введение

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – спектр характерных изменений печени преимущественно с крупнокапельным стеатозом у пациентов, не употребляющих алкоголь в количествах, вызывающих повреждение печени [1]. То есть НАЖБП – патологическое изменение состояния печени, возникающее при избыточном отложении жировых капель в гепатоцитах. Существует множество факторов развития НАЖБП, одним из которых является сахарный диабет (СД) 2 типа. На фоне инсулинорезистентности (ИР) увеличивается липолиз, растет концентрация свободных жирных кислот (СЖК) в сыворотке крови вследствие увеличения синтеза и угнетения их окисления в митохондриях с накоплением триглицеридов и снижением экскреции жиров гепатоцитами. Таким образом, возникают условия для формирования жировой дистрофии печени – стеатоза [2].

Неалкогольная жировая болезнь печени находится в центре внимания не только врачей терапевтов и гастроэнтерологов, но и кардиологов, эндокринологов, нефрологов, что связано с существованием тесной взаимосвязи между наличием НАЖБП и высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, хронической болезни почек.

Особое внимание специалисты уделяют скринингу НАЖБП при избытке массы тела, акцентируя внимание на том, что у пациентов с индексом массы тела (ИМТ) $> 30 \text{ кг/м}^2$ (или $> 25 \text{ кг/м}^2$), но с накоплением висцерального жира или дисфункциональной жировой тканью может проявляться НАЖБП с отклонением от нормы ферментов печени или без такового.

В настоящее время механизмы взаимно отягощающего влияния НАЖБП и сердечно-сосудистых заболеваний рассматриваются как компоненты метаболического синдрома. Доказано, что биохимические маркеры атеросклероза и преатерогенные поражения у пациентов с НАЖБП встречаются чаще, чем у лиц без стеатоза, и связаны с повышенным риском смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в долгосрочной перспективе.