

Выводы

50 % (n = 20) опрошенных в возрасте старше 55 лет имеют высокий риск и 15 % (n = 6) лиц – очень высокий риск развития СД2 в ближайшие 10 лет. У 6 пациентов уже есть основания для постановки диагноза СД, по результатам анализа крови. В современном мире считается актуальным заблаговременно предупредить и профилактировать заболевание, особенно если существуют неинвазивные методы для их выявления. Одним из главных в профилактике СД 2-го типа является выделение групп высокого и очень высокого риска развития сахарного диабета для предотвращения развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений СД 2-го типа в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 6th Edition, 2013 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.diabetesatlas.org/en/>. – Date of access: 14.03.2023.
2. Интернет-портал министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/>. – Дата доступа: 14.03.2023.
3. Мисникова, И. В. Выявление группы риска развития сахарного диабета 2-го типа на основе заполнения опросника FINDRISC / И. В. Мисникова, А. В. Древаль, Т. Г. Дзэбисашвили // Альманах клинической медицины. – 2015. – № S1. – С. 46–50.

УДК 616.132.2-004.6:616.12-008.318-037

Е. Э. Галилова, Е. А. Цыбулько

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания уже много лет возглавляют рейтинг причин смерти в развитых странах. В основе этих заболеваний лежит атеросклероз – хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся поражением артерий с уплотнением их стенок и стенозированием просвета [1].

Коронарный атеросклероз является наиболее частой (около 85 % случаев) причиной самых опасных нарушений сердечного ритма. Жизнеугрожающими являются осложнения атеросклероза, развивающиеся вследствие разрыва атеросклеротической бляшки, ежегодно уносящие более 15 млн жизней. Патофизиологически внезапная аритмическая смерть обычно подразумевает сочетание уязвимого миокарда и аритмического триггера, что и приводит к развитию терминальной аритмии. Неупорядоченную желудочковую проводимость в пораженном миокарде с развитием желудочковой тахикардии провоцирует острая ишемия при разрыве коронарной бляшки. Атеросклеротическое поражение коронарных артерий процесс длительный и прогрессирующий, со множеством проявлений от бессимптомного течения до стабильной стенокардии, острого коронарного синдрома, сердечной недостаточности, внезапной сердечной смерти [2].

Цель

Определить взаимосвязь нарушений ритма и поражения коронарных артерий у пациентов с хроническими формами ИБС.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 50 медицинских карт пациентов, проходивших лечение в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Всем пациентам было выполнено холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) и коронароангиография (КАГ).

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 10.0, для определения статистической значимости использовались методы непараметрической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 50 обследованных пациентов у 23 (46 %) имелись различные нарушения сердечного ритма по типу желудочковых экстрасистол, различных градаций, сочетавшиеся с изменениями по данным КАГ. Среди данных пациентов 15 пациентов (65 %) составляют мужчины, 8 пациентов (35 %) – женщины. Средний возраст исследования составил 65 лет.

По результатам КАГ у данных пациентов наблюдались следующие изменения.

Патологические изменения бассейна правой коронарной артерии (ПКА) в виде стеноза, кальциноза, диффузных изменений (рисунок 1).



Рисунок 1 – Дефекты бассейна ПКА

Патологические изменения бассейна ПКА включали в себя: диффузные изменения на протяжении у 6 (25 %) пациентов, стеноз у 11 (46 %) пациентов, у 2 (7 %) пациентов кальциноз.

Патологические изменения бассейна левой коронарной артерии (ЛКА) в виде стеноза, кальциноза, диффузных изменений (рисунок 2).



Рисунок 2 – Дефекты бассейна ЛКА

Патологические изменения бассейна ЛКА включали в себя: у 2 (4 %) пациентов передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) открывается в аорту отдельными устьями, стеноз у 5 (22 %) пациентов, кальциноз у 3 (13 %) пациентов, диффузные изменения на протяжении без гемодинамически значимых стенозов у 9 (39 %) пациентов.

По данным ХМ-ЭКГ выявлены нарушения сердечного ритма по типу желудочковых экстрасистол у 23 пациентов, а максимальное количество зарегистрированных экстрасистол у 2 (8 %) пациентов 36 319 и 35 320.

Взаимосвязь нарушений ритма и поражения коронарных артерий бассейна ЛКА у пациентов с хроническими формами ИБС представлена на рисунке 3.



Рисунок 3 – Среднее количество экстрасистол в зависимости от поражения сосудов бассейна ЛКА

У данных пациентов в бассейне ЛКА наблюдались следующие патологии на КАГ, сочетавшиеся с нарушениями ритма: ПМЖВ со стенозом дистального отдела от 50 до 60 % (среднее количество желудочковых экстрасистол 7592) и с диффузными изменениями на протяжении, без гемодинамически значимых стенозов (среднее количество желудочковых экстрасистол 4775). ОВ со стенозом среднего сегмента от 40 до 90 % (среднее количество желудочковых экстрасистол 457) и с диффузными изменениями на протяжении, без гемодинамически значимых стенозов (среднее количество желудочковых экстрасистол 8258). Так же наблюдался кальциноз отделов ПМЖВ (среднее количество желудочковых экстрасистол до 40).

Взаимосвязь нарушений ритма и поражения коронарных артерий бассейна ПКА у пациентов с хроническими формами ИБС представлена на рисунке 4.

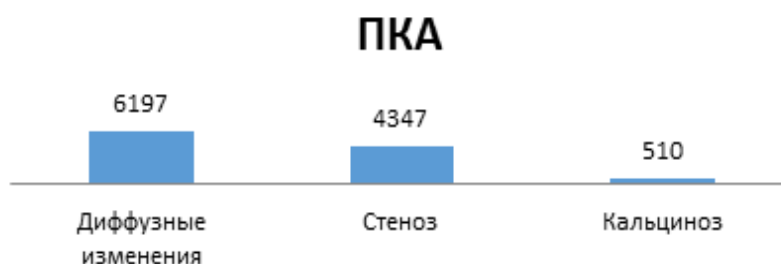


Рисунок 4 – Среднее количество экстрасистол в зависимости от поражения сосудов бассейна ПКА

Выявились следующие патологические изменения: умеренный стеноз (до 40 %) (среднее количество желудочковых экстрасистол 4347), диффузные изменения без гемодинамически значимых стенозов (50–60 %) (среднее количество желудочковых экстрасистол 6197), кальциноз проксимальных сегментов (среднее количество желудочковых экстрасистол 510).

Выводы

Таким образом, у 46 % из числа исследуемых нами пациентов были выявлены нарушения сердечного ритма по типу желудочковых экстрасистол различных градаций, сочетавшиеся с дефектами в бассейнах ПКА и ЛКА. Частое количество экстрасистол связано со значимыми изменениями в бассейне ЛКА: стеноз (22 %) и диффузные изменения (39 %) в ПМЖВ, а также стеноз в среднем и проксимальном отделах ОВ (10 %). Это обусловлено тем, что основное кровоснабжение значительной части левого желудочка (ЛЖ) происходит именно из системы ЛКА и при ее поражении имеется выраженная клиническая картина заболеваний. Патологические изменения в бассейне ПКА приводят к меньшей аритмогенности миокарда.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ефремушкина, А. А. Вариабельность сердечного ритма в ранние сроки у пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования / А. А. Ефремушкина, Н. А. Бедарева, А.С. Баранов // CardioСоматика. – 2011. – № 1. – С. 44–45.
2. Ярославская, К. В. Коронарный атеросклероз и нарушения ритма сердца / К. В. Ярославская, Е. И. Аксенова // Сибирский медицинский журнал. – 2019. – № 34 – С. 21–25.

УДК 616.344-002-031.84-097

Д. В. Гейтман, А. П. Логунова

Научный руководитель: ассистент кафедры Л. А. Шараховская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии. Несмотря на то, что по уровню заболеваемости ВЗК значительно уступают другим гастроэнтерологическим заболеваниям, по тяжести течения, частоте осложнений и летальности во всем мире они занимают одно из ведущих мест в структуре болезней желудочно-кишечного тракта.

Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1].

Клиническая оценка активности (тяжести обострения) проводится по индексу активности БК (далее – ИАБК): ремиссия – ИАБК менее 150, СРБ в пределах нормы; легкая активность – ИАБК 150–220 (не требуется госпитализация, пациент самостоятельно принимает пищу и жидкость, потеря массы тела 10 %; неэффективность терапии легкого обострения либо болезненная абдоминальная масса; отсутствие явных признаков обструкции; СРБ превышает верхнюю границу нормы); высокая активность – ИАБК > 450 [2].

Инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол и ведолизумаб относятся к новому поколению препаратов, которые являются антителами к различным провоспалительным цитокинам. Ключевым провоспалительным цитокином, участвующим в развитии неспецифического воспаления при ВЗК, является фактор некроза опухоли – альфа (ФНО- α). Лечение биологическими препаратами может приводить к развитию серьезных побочных реакций. Существенным ограничением в использовании биологических лекарственных препаратов также является высокая стоимость лечения [1].

Цель

По данным из истории болезней проанализировать эффективность применения моноклональных антител к ФНО- α у пациентов с болезнью Крона.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили 98 историй болезни с диагнозом болезнь Крона за 2022 год в ГУЗ «Гомельская областная клиническая больница». Проанализировано госпитализация 8 пациентов в течение года с данным заболеванием с различной степенью активности, которым проводилась биологическая терапия, что составило 53 медицинские карты. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel.