

графта. Левая подключичная артерия реимплантирована в левую общую сонную артерию. Дистальное стентграфта аневризматическое расширение аорты с пристеночными тромботическими массами, шириной до 21–22 мм, просвет 26 мм, девиация хода слева направо в дистальную треть нисходящего отдела грудной аорты. Супраренальный отдел 33–42 мм, дифференцируется отслоение интимы, истинный просвет меньше ложного, степень контрастирования истинного просвета выше ложно, отслоенная интима прослеживается до 45 мм ниже уровня устьев почечных артерий, крупная фенестрация на этом уровне. Имеется частичное распространение расслоения на устье левой почечной артерии, контрастирование артерии удовлетворительное. Чревный ствол, верхняя брыжеечная артерия, добавочная левая почечная артерия от истинного просвета, правая почечная артерия от ложного, имеется фенестрация около устья. Инфраренальный отдел 25–25 мм, имеется С-образный изгиб хода. Общая подвздошная артерия слева до 17 мм по просвету. Общая подвздошная артерия справа до 19 мм в 17 мм от устья С-образный изгиб хода, в дистальной трети расширена до 23 мм. Высокое положение купола диафрагмы справа, поджата нижняя доля легкого около диафрагмальной поверхности справа. В почках немногочисленные конкременты. Единичные мелкие кисты в печени. В телах L3–4 справа единичные участки трабекулярной перестройки по типу гемангиом до 20 мм.

Заключение: расслаивающая аневризма аорты, тип 3 по Де Бейки, состояние после установки стентграфта, реимплантация левой подключичной артерии.

### **Выводы**

В связи с тем, что данное заболевание тяжело контролировать и не всегда можно остановить распространение расслоения аорты, при этом данный пациент заболел внезапно и на последнем исследовании наблюдается отслоение интимы ниже уровня почечных артерий. Следовательно, нужно обращать внимание на боли и пытаться как можно раньше выявлять и профилактировать ее ухудшение. Путем более жесткого контроля артериального давления, избегать воздействия стрессовых факторов, физического перенапряжения, нормализация веса, контроль показателя холестерина в крови.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Семёнова, Л. Н. Острая расслаивающая аневризма грудной аорты: разнообразие клинических вариантов, оптимизация диагностики на догоспитальном этапе / Л. Н. Семёнова, Н. А. Морозова, Д. В. Щербаков // Омский научный вестник. – 2011. – № 1(104). – С. 149–154.

**УДК 616.831-005.806-074/-078**

**Д. А. Винник, И. О. Лющёнок**

*Научный руководитель: старший преподаватель И. Л. Мамченко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

### **Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) – это стойкое повышение систолического артериального давления в покое ( $\geq 140$  мм рт. ст.) и/или диастолического артериального давления ( $\geq 90$  мм рт. ст.). АГ широко распространена, но при отсутствии лечения может

приводить к серьезным последствиям. Многочисленными широкомасштабными исследованиями было установлено, что АГ является важным фактором риска нарушений мозгового кровообращения (НМК). Острое, часто повторяющееся повышение АД вызывает плазморрагии и фибриноидный некроз сосудистой стенки, что способствует развитию двух патологических состояний: формирование мелких аневризм с развитием кровоизлияния в мозг, а также набухание стенок, сужение или закрытие просветов артериол с последующим развитием малых глубинных (лакунарных) инфарктов мозга [1, 2].

Всем пациентам с АГ на первом этапе рекомендуется проводить рутинные лабораторные методы обследования: общий анализ крови и мочи; определение глюкозы в плазме крови (натощак); общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ); исследование калия (K<sup>+</sup>), натрия (Na<sup>+</sup>) в сыворотке крови. Данные показатели играют важную роль и для профилактики развития нарушений мозгового кровообращения [3, 4].

### **Цель**

Проанализировать и сравнить показатели биохимического анализа крови у пациентов разных возрастных групп, перенесших ишемический инфаркт головного мозга на фоне АГ.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 56 медицинских карт стационарного пациента (форма № 003/у-07) на базе неврологического и кардиологического отделений ГУЗ «Гомельской городской клинической больницы № 3» в 2024 г. Данные пациенты имели в анамнезе хотя бы один случай ишемического инфаркта головного мозга на фоне повышенного артериального давления.

Среди пациентов мужчины составили 12 (21, 43%) человек, женщины – 44 (78,57%). Все пациенты были разделены на две группы: первая – в возрасте до 60 лет включительно – 22 (39,29%) человека, вторая – старше 60 лет – 34 (60,71%) пациента. Средний возраст составил 65 лет.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования в обеих группах оценивались следующие показатели: общий холестерин (ОХ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), глюкоза крови, уровни натрия (Na<sup>+</sup>) и калия (K<sup>+</sup>).

По результатам исследования были выявлены изменения показателей липидного спектра, представленные в таблице 1.

Таблица 1 – Лабораторные показатели ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ТГ

Лабораторные показатели	1 группа		2 группа	
	(среднее значение)	n / % превышения показателя	(среднее значение)	n / % превышения показателя
ОХ (<4 ммоль/л)	5,75 ммоль/л	20 (90,10%)	5,8 ммоль/л	34 (100%)
ЛПНП (<1,8 ммоль/л)	3,0 ммоль/л	22 (100%)	3,53 ммоль/л	34 (100%)
ЛПВП (>1 ммоль/л у мужчин, > 1,2 ммоль/л у женщин)	1,52 ммоль	0	1,06 ммоль/л	мужчины – 0 женщины – 5 (23,80%)
ТГ (≤1,7 ммоль/л)	1,5 ммоль/л	0	2,0 ммоль/л	8 (23,50%)

В первой группе пациентов (до 60 лет) было выявлено повышение уровня ОХ в 90,10% случаев и ЛПНП у 100% пациентов. Снижение уровня ЛПВП выявлено не было.

Среди пациентов второй группы (старше 60 лет) превышение уровней ОХ и ЛПНП наблюдалось у всех 100% пациентов. Максимальное значение ОХ было выявлено у 1 пациента – 7,2 ммоль/л. Среди мужчин уровень ЛПВП находился в пределах нормальных значений. У 5 (23,50%) женщин наблюдалось снижение этого показателя (минимальное значение – 0,74 ммоль/л).

Изменения электролитов и глюкозы крови в двух возрастных группах представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Лабораторные показатели глюкозы и электролитов крови

Лабораторные показатели	1 группа		2 группа	
	среднее значение	n /% превышения показателя	среднее значение	n /% превышения показателя
Глюкоза (3,5–6,1 ммоль/л)	4,1 ммоль/л	0	6,7 ммоль/л	10 (29,41%)
Натрий (135–150 ммоль/л)	143 ммоль/л	0	144 ммоль/л	0
Калий (3,6–5,5 ммоль/л)	4,7 ммоль/л	0	4,5 ммоль/л	0

Во второй возрастной группе гипергликемия наблюдалась у пациентов сахарным диабетом 2 типа 10 (29,41%) человек. Среднее значение уровня глюкозы составило 6,7 ммоль/л. Уровень Na<sup>+</sup> у всех пациентов был в пределах нормы (135–150 ммоль/л), среднее значение его составило 143 ммоль/л. Показатели K<sup>+</sup> также соответствовали норме (3,6–5,5 ммоль/л), среднее значение равно 4,7 ммоль/л.

### **Выводы**

Повышение уровня ОХ наблюдалось у 90,10% пациентов 1 группы (младше 60 лет) и всех (100%) пациентов 2 группы (старше 60 лет). Уровень ЛПНП превышал нормальные значения у всех пациентов, участвующих в исследовании в 100% случаев. Снижение показателя ЛПВП было отмечено только среди женщин старше 60 лет. Уровень ТГ также был повышен лишь во второй группе у 8 (23,50%) пациентов. Электролитных нарушений выявлено не было. Повышение уровня глюкозы наблюдалось у пациентов старше 60 лет с сахарным диабетом 2 типа.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения регулярных обследований и контроля данных показателей. Ранняя профилактика нарушений липидного спектра (ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ТГ), соблюдение гипонатриевой диеты, умеренные физические нагрузки и ежедневный контроль уровня АГ способствуют предотвращению развития АГ и такого осложнения, как инфаркт головного мозга.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Справочник MSD. Артериальная гипертензия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.msmanuals.com/ru/>. – Дата доступа: 27.02.2024 январь 2024.
2. WHO. Hypertension [ Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. – Date of access: 26.02.2024.
3. Чазов, Е. И. Заболевания сердечно-сосудистой системы: руководство по кардиологии в четырех томах / под ред. акад. Е. И. Чазова. – М.: Практика, 2014. – Т. 3: (I). – 156 с.
4. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2021. – 134 с.