5. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб.-метод.пособие для студентов лечебного, медико-диагностического факультетов и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов / И. И. Мистюкевич [и др.]. – 3-е изд., стер. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 88 с.

УДК 616.12-005.4-06-098-052

А. Г. Павлюковец, Я. А. Максимова

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

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

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРДИО-РЕНО-ГЕПАТО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Введение

Сочетание метаболических факторов риска и хронических неинфекционных заболеваний в рамках кардио-рено-гепато-метаболического синдрома (КРГМС) тесно связано с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений. ИМТ/ожирение, являющиеся основным компонентом метаболического синдрома (МС), и сопутствующие им заболевания существенно увеличивают прямые и непрямые расходы на здравоохранение и повышают смертность, сокращая продолжительность жизни на 8–10 лет [2, 3]. Предпосылками для разработки консенсуса появилась возможность с использованием многоцелевых политаблеток одномоментно корректировать такие компоненты КРГМС, как повышение артериального давления (АД) и дислипидемию, обновление представлений о КРГМС и вовлеченность в проблему специалистов различных специальностей [4, 5].

Кардио-рено-гепато-метаболический синдром (КРГМС) представляет собой сложный и взаимосвязанный спектр заболеваний, обусловленных общими патофизиологическими механизмами. Несмотря на растущую распространенность КРГМС, единые стратегии ведения пациентов остаются недостаточно изученными [1].

Цель

Проанализировать результаты клинического течения кардио-рено-гепато-метаболического синдрома у пациентов со стабильными формами ишемической болезни сердца.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 68 медицинских карт пациентов, проходивших лечение в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр», с января 2025 года, а также анализ результатов биохимического анализа и Эхо-КГ. Из 68 пациентов 23 (46%) человека имеют в анамнезе нарушения сердечного ритма по типу экстрасистол, сочетавшееся с изменениями на коронароангиографии. Среди данных пациентов 15 человек (65%) составляют мужчины. 8 человек (35%) – женщины. Средний возраст исследования составил 65 лет. Критериями включения в исследование было наличие у пациентов артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), ишемической болезни сердца (ИБС). Исключены из исследования пациенты с острыми формами ИБС, а также пациенты, которые не дали информированного согласия на участие в настоящем исследовании.

Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения MS Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были распределены на 2 группы, 1-я группа: АГ+СД, 2-я группа: АГ+СД+ИБС. Клиническая характеристика пациентов обеих групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Клиническая характеристика пациентов

Показатели	1-я группа (n=34)	2-я группа (n=34)
Средний возраст (годы)	62,7±5,7	63,6±8,4
СД (%)	100	100
Артериальная гипертензия (%)	100	100
ХИБС	0	100

Сравнительный анализ индекса массы тела пациентов обеих групп представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Сравнительный анализ индекса массы тела

Показатель	1 группа		2 группа	
ИМТ	м	ж	м	ж
Средний возраст (годы)	3 (%)	2 (%)	3 (%)	2 (%)
Артериальная гипертензия (%)	16 (%)	13 (%)	15 (%)	14 (%)
ХИБС	0,554			

Полученное значение χ^2 в таблице 1, указывали на то, что вероятности ошибки менее 5%, различия не имеют статистическую значимость, соответственно нулевая гипотеза принимается и альтернативная гипотеза отвергнута. Следовательно, у пациентов с стабильными формами ИБС и без имеется связь в течение кардио-рено-гепато-метаболического синдрома с избыточной массой тела. Сравнительный анализ скорости клубочковой фильтрации представлен в таблице 3.

Таблица 3 – Сравнительный анализ скорости клубочковой фильтрации (СКФ)

Показатель	1-я группа	2-я группа	Критерий Манна – Уитни
СКФ, мл/мин/1,73 м²	51,6	73,0	572

Полученное эмпирическое значение Uэмп (572) находится в зоне незначимости. Это значит, что статистически значимых различий между двумя группами не обнаружено. Значит, это позволяет рассматривать группы как однородные по критерию СКФ.

Также, результат корреляционного исследования в группе пациентов 1 указывал на обратная умеренная связь ($r=-0,457$; $p<0,05$) между ЛПНП и общим билирубином.

Обратная слабая связь ($r=-0,155$; $p>0,05$) была выявлена между ЛПНП и общим билирубином пациентов в группе 2.

Выводы

Таким образом, вероятность развития КРГМС у пациентов выше, имеющих АГ+СД+ИБС, что указывает на то, что ИМТ, ожирение, АГ, нарушение липидного и углеводного обмена, которые традиционно рассматриваются как компоненты МС, обладают синергией, не только увеличивая кардиометаболический риск, но и повышая риск развития коморбидной патологии.

Выявленное противоречие – наличие значимой связи в первой выборке и ее отсутствие во второй при общей однородности групп – объяснено наличием у пациентов 2 группы стабильных форм ИБС. Полученные результаты подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к анализу и требуют дальнейшего изучения на более стратифицированных выборках.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Концепция междисциплинарного согласительного документа по кардио-рено-гепато-метаболическому синдрому / Е. В. Шляхто [и др.]. // Российский кардиологический журнал. – 2025. – Т. 30. – С. 6533.

2. Абдоминальное ожирение – независимый фактор риска развития фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий по данным проспективного наблюдательного эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ2 / И. А. Викторова [и др.]. // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25. – С. 6–40.

3. Diabetes and all-cause mortality, a 18-year follow-up study / R. Salehidoost [et al.]. // Sci Rep. – 2020. – Vol. 10. – P. 3183.

4. Концепция применения комбинированных препаратов с фиксированными дозировками в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний : Меморандум экспертов Российского кардиологического общества, Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Российского научного медицинского общества терапевтов, Российской ассоциации эндокринологов, Ассоциации клинических фармакологов, Евразийской ассоциации терапевтов, Российской ассоциации геронтологов и гериатров / Г. П. Арутюнов [и др.]. // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29. – С. 6074.

5. Manla, Y. Cardiometabolic Clinics : Is There a Need for a Multidisciplinary Clinic? / Y. Manla, W. Almahmeed // Front. Clin. Diabetes Healthc. – 2022. – Vol. 3. – P. 880468.

УДК 616-008-056.7:616.127-02

Д. Ю. Петрушенко

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

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

БОЛЕЗНЬ ФАБРИ КАК ПРИЧИНА ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Введение

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – заболевание миокарда, проявляющееся комплексом специфических морфо-функциональных изменений и постепенно прогрессирующим течением, может быть идентифицируема мутациями в лакунах гена, контролирующих структуру и функцию сокращения белков миокарда. Одной из причин ГКМП, является наследственное лизосомное заболевание Адерсона – Фабри, имитирующее ее, но имеющее специфическое лечение в виде ферментнозаместительной терапии [1].

Болезнь Фабри (болезнь Адерсона – Фабри) – это редкое генетическое заболевание, связанное с накоплением в организме жирового вещества, глоботриаозилцерамида (Gb-3, GL-3, церамидтригексозид). Причиной болезни Фабри является мутация в гене GLA, локализованном на длинном плече Х-хромосомы (Xq22). Мутация вызывает снижение фермента альфа-галактозидазы А, который отвечает за разрушение глоботриаозилцерамида. Gb-3 относится к классу сфинголипидов – это липиды, производные алифатических аминоспиртов. Когда процесс их расщепления нарушается, происходит накопление церамидтригексозида в лизосомах клеток. Избыток субстрата в клетках значительно нарушает их жизнедеятельность, что приводит к изменению функций и клиническим проявлениям заболевания. Накопление сфинголипидов запускают процессы фибриногенеза, итогом которых является органная недостаточность. При накоплении субстрата в эндотелиальной ткани сосудов происходит их сужение, наблюдается нарушение микроциркуляции и гипоксия тканей. Это и является основным механизмом развития ишемический нарушений. Накопление тригексозилцерамида в миокарде вызывает развитие прогрессрующей ГКМП, а при наличии сужения коронарных сосудов приводит к ишемическим кардиальным симптомам, острому коронарному симптому и развитию сердечно-сосудистой недостаточности [2].