Единственным независимым предиктором неполной приверженности стал низкий уровень образования, увеличивающий риск в 6,45 раза.

Результаты подчеркивают необходимость целевых образовательных и поведенческих вмешательств у пациентов с низким уровнем образования и ожирением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оценка приверженности к лечению у пациентов с артериальной гипертензией / А. М. Маркабаева [и др.]. // Astana Medical Journal. – 2025. – № 4. – С. 34–44.

2. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга МММ19 / О. П. Ротарь [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 3. – С. 100–108.

3. Аникин, В. В. Школа здоровья на крупном промышленном предприятии как фактор повышения приверженности к лечению больных артериальной гипертензией / В. В. Аникин, О. В. Пушкарева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. –Т. 17, № S. – С. 14–15.

УДК 616.12-009.73:616.12-008.331.1]-079.4

А. И. Донцева, А. Л. Федорович

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И КАРДИАЛГИЯМИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости среди взрослого населения. Ее верификация на ранних стадиях относится к приоритетным аспектам кардиологической семиотики. Известно, что самой частой клинической формой ИБС является стенокардия [1].

Актуальность проблемы дифференциальной диагностики болевого синдрома в грудной клетке у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) обусловлена высокой распространенностью данного заболевания в популяции и риском развития жизнеугрожающих состояний. Артериальная гипертензия, являясь одним из основных факторов риска развития и прогрессирования ИБС нередко служит фоном, на котором манифестируют различные формы коронарной патологии, в том числе нестабильная стенокардия.

Нестабильная стенокардия, как наиболее опасный период обострения ИБС, занимает промежуточное положение между стабильным течением стенокардии и острым инфарктом миокарда. Ее своевременная верификация критически важна для предотвращения неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Однако диагностический поиск существенно осложняется тем, что у пациентов с длительно существующей или плохо контролируемой АГ нередко встречаются кардиалгии – болевые ощущения в области сердца, не связанные с ишемией миокарда вследствие атеротромбоза [2, 3].

Патогенетическая основа кардиалгий при АГ многогранна и может включать гипертрофию миокарда левого желудочка с развитием относительной коронарной недостаточности вследствие ремоделирования сосудов, метаболические нарушения в кардиомиоцитах, дисфункцию вегетативной нервной системы, а также психогенные и гипервентиляционные расстройства. Клиническая картина таких болей может имитировать ишемическую атаку, что создает высокий риск как гипер-, так и гиподиагностики нестабильной стенокардии [2].

Цель

Проанализировать ключевые дифференциально-диагностические критерии, позволяющие разграничить стенокардию и неишемические кардиалгии у пациентов с артериальной гипертензией для оптимизации диагностики и лечебной тактики.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 11 медицинских карт стационарного пациента, поступивших в У «ГОККЦ» в январе 2026 года с предварительным диагнозом стенокардии (нестабильная и стенокардия напряжения). В дальнейшем этот диагноз не был подтвержден, и выставлен окончательный диагноз артериальная гипертензия.

Статистическая данных выполнена с использованием пакета Microsoft Excel 2016 и программы Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследуемых 64% поступили по скорой медицинской помощи с диагнозом нестабильной стенокардии и 36% были планово госпитализированы с диагнозом стенокардии напряжения. В дальнейшем пациенты были дообследованы, выполнена велоэргометрия, результаты которой были отрицательные у всех пациентов.

Распределение по полу составило: 67% мужчин и 33% женщин. Средний возраст составил 50 лет.

Среди обследуемых пациенты с АГ 1 степени составили 45%, с АГ 2 степени – 55%. Наличие гипертонического криза в анамнезе было зафиксировано у 3 пациентов (за январь 2026 года). У 3 пациентов встречались нарушения ритма (экстрасистолия и блокада).

Среди сопутствующих заболеваний встречались следующие:

– Наиболее часто: атеросклероз БЦА (брахиоцефальных артерий) у 53%, что указывает на системное поражение сосудов; патология ЩЖ (узловой зоб) у 27%; дислипидемия у 18%.

– Прочие: мочекаменная болезнь, полипы желчного пузыря, кисты почек, СД 2 типа.

Пациенты имели следующие жалобы (таблица 1).

Таблица 1 – Жалобы пациентов при поступлении

Жалобы пациентов	Характер жалоб
Кардиальные	Боли, дискомфорт, тяжесть, жжение в области груди, сердца или за грудиной (73%); сердцебиение, перебои в работе сердца (27%)
Церебральные	Головокружение (36%); головная боль (18%)
Дыхательные	Одышка, нехватка воздуха (36%)
Неврологические	Слабость (27%); боли в спине (люмбалгия), плече и шее (27%)
Прочие	Сухость во рту, жажда

При анализе жалоб выявляются симптомы, характерные для стенокардии АГ. Для стенокардии специфичны: сжимающие/жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо. Для АГ типичны: головная боль и головокружение на фоне повышения АД, сердцебиение, перебои в работе сердца. Неспецифические симптомы (одышка, слабость) встречаются при обеих патологиях. Кардиалгия – это боль в сердце, которая может ощущаться по-разному: ноющей, колющей, давящей, сжимающей.

Выводы

Для пациентов с АГ характерны кардиалгии, однако не всегда точно можно определить это со слов пациентов, поэтому при поступлении таких пациентов обязательно надо исключать ишемический характер боли.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика стабильной ишемической болезни сердца: проблема интактных коронарных артерий / А. Н. Сумин, Е. В. Корок, В. Ю. Херасков [и др.]. // Кардиологический вестник. – 2018. – Т. 13. – С. 46–51.

2. Диагностика болезней внутренних органов : в 9 т. // Медицинская литература ; редкол. : А. Н. Окороков [и др.]. – М., 2007. – Т. 6. – 452 с.

3. Unstable Angina // MSD Manual Professional Edition. – URL: https://www.msdmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/coronary-artery-disease/unstable-angina (date of access: 02.03.2026).

УДК 616.12-008.46-036.12-036.82

М. С. Дроздова, А. Р. Дегтярева

Научный руководитель: ассистент кафедры П. Л. Жоголь

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

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к значительному снижению качества жизни (КЖ) пациентов. Согласно Постановлениям Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 декабря 2022 г. № 123 и от 21 июня 2022 г. № 55, оценка функционального статуса и КЖ является обязательным компонентом ведения пациентов с сердечно-сосудистой патологией. В связи с этим актуальным представляется изучение структуры нарушений КЖ и выявление факторов, ассоциированных с его снижением.

Цель

Оценить качество жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью с использованием универсального опросника EQ-5D (русская версия EuroQol-5D, EuroQoL Group, 1990) и выявить основные клинико-демографические факторы, ассоциированные со снижением его показателей.

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили данные 28 пациентов с верифицированным диагнозом ХСН на фоне ИБС и/или АГ, находившихся на стационарном лечении в Государственных учреждениях здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» и «Гомельская областная клиническая больница». Средний возраст составил 75,28 года (54–88), преобладали женщины – 20 (71,4%).

Проведен клинико-анамнестический анализ с оценкой стадии ХСН по Стражеско-Василенко, функционального класса по NYHA, а также наличия коморбидной патологии (ожирение, заболевания суставов, перенесенные инфаркт миокарда и ОНМК, анемия, сахарный диабет 2 типа). КЖ оценивали с помощью опросника EQ-5D по пяти доменам (подвижность, уход за собой, повседневная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия), по трехбалльной шкале: 1 – отсутствие проблем, 2 – умеренные нарушения, 3 – выраженные нарушения.

Статистический анализ выполнен в Statistica 10 с использованием точного теста Фишера и логистической регрессии. Различия считали значимыми при $p<0,05$.