УДК 616.12-008.331.1:616.61-002.3

О. О. Артёмова, А. Л. Федорович

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец, ассистент кафедры А. А. Укла

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

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Введение

Хронический пиелонефрит – это хронический инфекционный воспалительный процесс в почке, который изначально локализуется во внутренней ее части, где находится чашечно-лоханочная структура почек и где происходит концентрация мочи. Процесс носит очаговый характер, но при остром воспалении или обострении заболевания процесс становится диффузным [1].

Симптоматическая артериальная гипертензия (САГ) является частым и серьезным осложнением хронического пиелонефрита. Артериальное давление у пациентов с САГ часто повышается в период обострения хронического пиелонефрита, а также данное состояние плохо поддается лечению стандартными сочетаниями антигипертензивными лекарственными средствами и в большинстве случаев носит злокачественный характер с высокими цифрами давления. Проявление данного вида АГ, как правило возникает у пациентов, не достигших 40 летнего возраста [2].

Цель

Выявить связь между обострением хронического пиелонефрита и повышением артериального давления.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 100 амбулаторных карт пациентов на базе «Гомельской центральной городской поликлиники № 4» за период 01.01.2025–31.12.2025. Изучение карт проводилось с требованиями норм статьи 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» № 2435-XII от 18.06.1993, Закона Республики Беларусь «О защите персональных данных». Среди изученных карт было 50 пациентов женского пола и 50 мужского пола. Средний возраст женщин составил 54,5 год, а у мужчин 48,7 лет. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследований отображены в таблице 1 в виде Me (Q1; Q3).

Таблица 1 – Наиболее значимые показатели у пациентов с пиелонефритом

Показатель	Мужчин	Женщин
Количество лейкоцитов в ОАМ	17 п/зр (15 п/зр; 19 п/зр)	19 п/зр (16 п/зр; 22 п/зр)
Проба по Нечипоренко (количество лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров, выявленных в 1 мл мочи)	37000 (24000; 50000)	32000 (25000; 39000)
Бактериологический посев мочи	1×10^5 КОЕ/мл	1×10^5 КОЕ/мл

Проба по Нечипоренко – это лабораторный анализ мочи, определяющий количество лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров в 1 мл осадка, что позволяет диагностировать скрытые воспаления почек и мочевыводящих путей. При обострении хронического пиелонефрита

у всех пациентов выявлены очень высокие показатели при данном исследовании. При норме менее 2000/мл среднее значение у мужчин и женщин составили: 37000 у мужчин и 32000 у женщин. Повышение данного показателя свидетельствует о воспалительном процессе.

Также всем пациентам с пиелонефритом выполняли бакпосев мочи данный показатель у всех пациентов находится в пределах нормы, а именно 1×10^5 КОЕ/мл.

Индекс массы тела как у мужчин и женщин имеет примерно одинаковые средние значения. Так у мужчин этот показатель равен 25,9 кг/м^2, так как минимальный показатель составил 20 кг/м^2 – то это соответствует норме, а максимальный показатель в данной выборке получился 33,7 кг/м^2, что соответствует ожирению I степени. Также и у женщин при минимальном показателе равном 19 кг/м^2, что также соответствует норме, а максимальном показателе 30 кг/м^2, который также соответствует ожирению I степени, среднее значение получилось 26 кг/м^2.

Таблица 2 – Распределение пациентов по возрастным группам и показателям артериального давления

Возраст	СрСАД	СрДАД	Диапазон САД	Диапазон ДАД
50–54	143,0	94,0	130–160	80–110
55–59	146,0	96,0	140–160	90–110
60–64	142,5	90,0	135–150	85–95
65–69	135,0	92,1	130–140	85–100
70–74	140,8	91,7	120–160	80–110
75–79	141,9	96,3	120–160	80–110
80–84	135,0	85,0	130–140	80–90

Во всех группах исследования получаются примерно одинаковые значения АД. Среднее систолическое артериальное давление составило диапазон от 135,0 мм рт. ст. до 146,0 мм рт. ст. при том, что самый высокий показатель был в группе 55–59 лет, а самый низкий в группе 80–84 года, что может быть связано с возрастными особенностями. Среднее диастолическое артериальное давление составило 85,0 мм рт. ст. – 96,3 мм.рт.ст. самый высокий показатель был в группе 75–79 лет, а самый низкий также в группе 80–84 года.

Диапазон САД является довольно обширным значением, который составил минимальное значение 120 мм рт. ст. – 160 мм рт. ст. было выявлено в двух группах 70–74 года и 75–79 лет соответственно. Самый максимальный диапазон был 140 мм рт. ст. – 16 мм рт. ст., который был в группе 55–59 лет. В группах 65–69 лет и 80–84 года, диапазон был минимально разбросанным и составил 130 мм рт. ст. – 140 мм рт. ст.

Диапазон ДАД составил самый минимальный разброс значений в группах 60–64 года и 80–84 года, значения были равны 85–95 мм рт. ст. и 80–90 мм рт. ст. соответственно. Самые максимальные значения были выявлены в трех возрастных группах таких как: 50–54 года, 70–74 года и 75–79 лет, данный показатель в каждой группе составил 80–110 мм рт. ст., а в группах 55–59 лет и 65–69 лет данный показатель составил 90–110 мм рт. ст. и 85–100 соответственно.

Выводы

При обострении воспалительного процесса в почках у пациентов с хроническим пиелонефритом наблюдаем значимое повышение САД, в то время как диастолическое либо не повышалось, либо повышалось незначительно. Повышение САД, пульсового давления, являются предикторами риска развития инфаркта, инсульта, поэтому при обострении хронического пиелонефрита следует более внимательно контролировать и коррегировать цифры артериального давления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Некрасова, А. А. Осторожно – пиелонефрит! / А. А. Некрасова // Атмосфера. Новости кардиологии. – 2019. – № 2.
2. Нефрология : руководство для врачей ; под ред. И. Е. Тареевой. – М. : Медицина, 2020. – 688 с.

УДК 615.222.099

О. О. Артёмова, Д. Ю. Алексеенко

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

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

ОРГАНОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ АМИОДАРОНА

Введение

В годы бурного прогресса фармакологии и создания большого числа новых лекарственных препаратов стали чаще наблюдаться разные неблагоприятные воздействия л на организм человека.

Амиодарон – самый известный и самый назначаемый антиаритмический препарат, побочные эффекты которого были неоднократно зафиксированы в последние годы. В настоящее время он рассматривается как один из наиболее эффективных и безопасных антиаритмических препаратов. Частота его применения среди других антиаритмических средств составляет до 24%. Препарат эффективен как в профилактике, так и в купировании различных сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Амиодарон – это йодсодержащее соединение с высокой растворимостью в жирах. Получается, что в одной таблетке амиодарона (200 мг) содержится 75 мг йода, при нормальном его суточном потреблении равным 150 мкг [2].

Цель

Оценить частоту, структуру, факторы риска и эффекты органотоксического действия у пациентов, принимающих амиодарон на примере комбинированных нарушений ритма.

Материал и методы исследования

Описать клинический случай пациента 87 лет, с проаритмогенным эффектом на фоне комбинированного применения амиодарона с метопрололом.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент М. 87 лет обратился с жалобами на внезапно возникшее сердцебиение, резкую слабость, одышку в покое, головную боль на фоне повышения артериального давления, онемение в конечностях, синкопе. Пациент был госпитализирован для купирования желудочковой тахикардии (рисунок 1), ему восстановили синусовый ритм, позже пациент был выписан домой, принимал комбинированную терапию амиодарон с метопрололом.

Пациент длительно получал комбинированную терапию по поводу трепетания предсердий, позже на фоне приема поддерживающей дозы данной терапии у пациента возникла желудочковая тахикардия и другие комбинированные нарушения ритма. Через 2 недели пациент экстренно доставлен в стационар, в связи со слабостью и пресинкопе. На ЭКГ были выявлены комбинированные нарушения ритма, данные представлены на рисунке 2.