

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Сахарный диабет: рук-во для врачей / И. И. Дедов. — М.: Медицина, 2003. — 50 с.
2. Сахарный диабет у детей и подростков / И. И. Дедов [и др.]. — М.: Медицина, 2002. — 49 с.
3. Редькин, Ю. А. Эффективность самоконтроля при сахарном диабете / Ю. А. Редькин // РМЖ. — 2015. — № 1. — С. 24–27.
4. Шилов, А. М. Клиническое значение суточного мониторирования гликемии у больных с нарушением углеводного обмена / А. М. Шилов // Эффективная фармакотерапия в эндокринологии. — 2008. — № 2. — С. 32–35.

УДК 616.155.194:616.12-008.331.1-036.2

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

Кутько О. П.

Научный руководитель: ассистент А. А. Укла

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

Введение

Железодефицитная анемия (ЖДА) — синдром, обусловленный недостаточностью железа и приводящий к нарушению гемоглобинопоэза и тканевой гипоксии [1]. В Республике Беларусь частота ЖДА (железодефицитной анемии) составляет в различных областях от 10 до 25 % у женщин и от 3 до 6 % у мужчин. Установлено, что у лиц с ЖДА артериальная гипертензия (АГ) встречается гораздо чаще, чем у лиц без ЖДА [2], что может быть обусловлено нарушением тонуса периферических сосудов. При длительном сохранении высокого показателя артериального давления у пациентов отмечается увеличение вязкости крови, задержка большей части натрия и воды в сосудах за счет действия альдостерона, что в еще большей степени затрудняет кровоток.

Цель

Изучить распространенность АГ у пациентов с ЖДА в разных возрастных группах и установить возможные факторы риска.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 50 пациентов (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 48 до 91 года (средний возраст $68,8 \pm 11,8$ лет) из 2 отделений (терапевтического, кардиологического) ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» г. Гомеля с периода январь-февраль 2019 г. При оценке распределения пациентов по полу преобладали женщины (60 %). Всем пациентам проводилось клиническое и лабораторное обследование, включающее оценку длительности АГ, уровня артериального давления (АД), индекса массы тела; уровней гемоглобина (Hb) и эритроцитов (Er) в общем анализе крови. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — пациенты, у которых выставлен диагноз ЖДА, из которых 20 (66,7 %) женщин и 10 (33,3 %) мужчин; 2-я группа — контрольная, в нее вошли 20 человек без признаков дефицита железа, из которых 13 (65 %) женщин и 7 (35 %) мужчин.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью табличного редактора «Microsoft Excel 2017» и пакета статистических программ «smStata» 14.2. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$. Анализ различий частот качественных признаков в нескольких независимых группах проводилось с использованием критерия χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждения

Проведен анализ 2-х групп пациентов. 1-я (пациенты с ЖДА) группа была разделена на 3 подгруппы: 1-я подгруппа (n = 18) — пациенты с диагнозом анемия легкой степени (Hb > 90 г/л), 2-я подгруппа (n = 8) — пациенты с диагнозом анемия средней степени (Hb 70–90 г/л) и 3-я подгруппа (n = 4) — пациенты с диагнозом анемия тяжелой степени (Hb < 70 г/л).

При сравнении 2-х групп пациентов установлено, что распространенность АГ преобладает у лиц с ЖДА. В 1-й группе (пациенты с ЖДА) АГ выявлена у 25 (83,3 ± 6,8 %) обследуемых, в контрольной группе — у 5 (25 ± 9,7 %) пациентов. У пациентов с ЖДА АГ 1 степени наблюдалась в 13 (48,3 %), АГ 2 степени — в 7 (23,3 %), АГ 3 степени — в 5 (16,7 %) случаев. В контрольной группе АГ 1 степени была выявлена у 2 (10 %), АГ 2 степени — у 2 (10 %), АГ 3 степени — у 1 (5 %) пациента (таблица 1).

Таблица 1 — Сравнительная характеристика групп исследований в зависимости от степени анемии

Параметры	1-я группа			2-я группа (контрольная)	Р (1-я и 2-я группа)
	1-я подгруппа	2-я подгруппа	3-я подгруппа		
Возраст	66,8 ± 14,2	66,6 ± 6,3	77,3 ± 9,7	68,9 ± 10,5	0,9
Стаж АГ, лет	6,1 ± 5,6	7,9 ± 4,2	13 ± 2,6	3,3 ± 5	0,01
Уровень САД, мм рт. ст.	158,1 ± 24,3	154 ± 18,2	182,5 ± 8,7	128,5 ± 11,5	0,01
Уровень ДАД мм рт. ст.	99,2 ± 12,3	96,7 ± 10,3	113,8 ± 6,3	84 ± 7,4	0,01
Уровень Hb, г/л	106,8 ± 7,06	80,1 ± 7,0	63,3 ± 2,4	135,6 ± 10,5	0,03
Уровень Eг, ×10 ¹² /л	3,2 ± 0,4	3,1 ± 0,4	2,8 ± 0,1	4,5 ± 0,4	< 0,05
ИМТ		24,6 ± 2,6		23,4 ± 2,4	0,2
Холестерин, ммоль/л		6,1 ± 1,7		5,0 ± 0,8	0,01
ТГ, ммоль/л		2,3 ± 0,9		1,6 ± 0,5	0,02

Как видно из таблицы уровень САД и ДАД достоверно возрастал при прогрессировании анемии и составил соответственно 182,5 ± 8,7 мм рт. ст. и 113,8 ± 6,3 мм рт. ст. при тяжелой степени (Hb — 63,3 ± 2,4 г/л; Eг — 2,8 ± 0,1 ×10¹²/л).

При сравнении липидного профиля по ОХС и ТГ в 1-й группе нарушения липидного спектра установлены в 77 % случаев, в контрольной группе — у 40 % пациентов. Следовательно, в 1-й группе пациентов с АГ в сочетании с ЖДА нарушения липидного профиля встречаются гораздо чаще и более выражены по сравнению с контрольной группой.

Выводы

По результатам проведенного исследования была выявлена следующая закономерность: у лиц с ЖДА распространенность АГ выше, чем у лиц без ЖДА. Тяжелая степень ЖДА наблюдается в более старшей возрастной группе и у лиц с большим стажем АГ. При оценке липидного профиля наблюдалось значительное его нарушение у группы пациентов с ЖДА в сочетании с АГ, что является одним из факторов риска развития и прогрессирования АГ. Повышение ИМТ выше нормы чаще установлено у пациентов с ЖДА и АГ, что является еще одним фактором риска развития АГ. Таким образом, АГ и ЖДА являются взаимоотношающимися коморбидными заболеваниями, которые могут приводить к ухудшению течения, прогноза заболевания и требует проведения комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология: учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. — Минск: Выш. шк., 2013. — 446 с.
2. Фиясь, А. Т. Основы клинической гематологии: учеб. пособие / А. Т. Фиясь, И. Р. Ерш. — Минск: Выш. шк., 2013. — 270 с.