

крови при поступлении (до 12 ч) варьировало от 0,5 до 1,7 нг/мл, что увеличивало риск по шкале GRACE и имело в дальнейшем неблагоприятный прогноз заболевания. Оптимальным выбором реперфузионной терапии пациентов с ИМпСТ на ЭКГ, ввиду отсутствия возможности проведения коронарографии венечных артерий сердца и ЧКВ в УЗ «Кричевская ЦРБ», остается ТЛТ АтП. Эффективность ТЛТ оценивалась снижением сегмента ST в отведении с наибольшим подъемом на 50 % и более через 1,5 часа от ее начала, многократным повышением содержания в крови Стр I через 90–120 минут, быстрым уменьшением интенсивности или полное купирование болевого синдрома к 60-й минуте. При оценке уровня СтрI от начала ТЛТ, отмечалось его увеличивалось в 3 раза от исходного уровня (от 0,8 до 2,7 нг/мл). ТЛТ проводилась в 115 случаях (70,9 % от всех госпитализированных с ИМпСТ) с учетом показаний и противопоказаний. Альтеплаза для ТЛТ использовалась в 36,5 % случаев, актилиза — в 32,1 % случаев, тенектеплаза — 15 % случаев, антистреплаза — 3 %, стрептокиназа — 3,4 % случаев. При использовании АтП каких-либо побочных эффектов выявлено не было.

Выводы

Средний возраст пациентов с ИМпСТ составил \pm 65 лет с преобладанием лиц мужского пола в 56 % случаев. В клинической картине ОКС с подъемом сегмента ST в 55,6 % случаях ангинозная форма ИМ встречалась преимущественно. ЭКГ-изменения ИМ левого желудочка регистрировались чаще (97 % случаев) и с поражением его передней стенки (30,6 %).

ТЛТ в УЗ «Кричевская ЦРБ» г. Кричева проводилась в 57,4 % случаев госпитализированных пациентов с ИМпСТ. Препаратами выбора в большей степени были альтеплаза и актилиза (в 36,5 и 32,1 % случаев соответственно). Увеличение уровня СтрI в сыворотке крови в 3 раза с началом проведения ТЛТ от исходного (от 0,8 до 2,7 нг/мл) свидетельствует об эффективности использования данной терапии без проведения коронарографии сосудов сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и терапия неотложных состояний при заболеваниях внутренних органов: учеб.-метод. пособие / С. И. Пиманов [и др.]; под ред. С. И. Пиманова. — 2-е изд. — Витебск: Изд-во ВГМУ, 2017. — 318 с.
2. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017 / Европ. общ. кард.; редкол.: О.Л. Барбараш // Росс. кардиолог. журн. — 2018. — № 23 (5). — С. 103–158.
3. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2018г. / Нац. стат. ком. Республики Беларусь; редкол.: И. В. Медведева [и др.]. — Минск, 2018. — 489 с.
4. Гончарик, Т. А. Диагностика и лечение острого коронарного синдрома: учеб.-метод. пособие / Т. А. Гончарик. — Минск: БГМУ, 2013. — 44 с.

УДК 616.379-008.64-06:616.8-008.64

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Бронова А. А., Романюк Т. И.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *Е. С. Махлина*

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

Введение

Хроническая гипергликемия — хорошо известный предиктор развития и прогрессирования осложнений сахарного диабета (СД). По литературным данным депрессия

может быть ассоциирована с гипергликемией, которая связана с развитием осложнений СД. В связи с этим наличие симптомов депрессии может быть связано с развитием осложнений диабета. В ряде исследований была выявлена связь между симптомами депрессии и развитием диабетической нефропатии (ДН) [1].

Во всем мире ДН и развившаяся вследствие нее хроническая болезнь почек (ХБП) являются лидирующей причиной смертности пациентов с СД. У пациентов с СД 2 типа ДН стоит на 2 месте среди причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний. Основным фактором, приводящим к быстрому прогрессированию патологии почек при СД, является неудовлетворительный контроль углеводного обмена [2, 3].

Цель

Определить частоту развития тревожно-депрессивных состояний у пациентов с ДН, в том числе в зависимости от компенсации СД.

Материал и методы исследования

Проведено проспективное обследование 45 пациентов в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в марте 2019 г. Для определения нарушений в эмоционально-волевой сфере была использована Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS). По данной шкале депрессивное состояние устанавливалось при значениях 8–21 балл.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Было обследовано 45 пациентов с СД 2 в возрасте от 55 до 82 лет, средний возраст — $64,89 \pm 8,62$ лет. Стаж СД 2 до момента включения пациентов в исследование составил $14,98 \pm 7,88$ лет. Сопутствующие СД 2 депрессивные расстройства диагностированы у 15 (33,3 %) человек. Средний показатель по шкале HADS составил $10,8 \pm 3,5$ балла. Тревожные расстройства были установлены у 15 (33,3 %). Средний показатель по шкале HADS составил $9,0 \pm 2,7$ балла. Средняя продолжительность СД 2 составила $17 \pm 5,44$ лет у пациентов с тревогой и $13,37,5 \pm 6,37$ лет у пациентов без сопутствующего тревожного расстройства. Средняя продолжительность СД 2 составила $17,4 \pm 6,7$ лет у пациентов с депрессией и $13,52,5 \pm 5,92$ лет у пациентов без сопутствующего депрессивного расстройства.

При сравнении группы с ДН и группы без ДН были выявлены статистически значимые различия: у пациентов с нефропатией депрессивные состояния встречаются чаще, чем у пациентов без нефропатии ($p < 0,05$, таблица 1).

Таблица 1 — Частота развития депрессивных состояний при ДН

Показатель	Нет депрессии, абс.	Есть депрессия, абс.	χ^2 ; p
Нет нефропатии	24	6	$\chi^2 = 5,51$; $p = 0,002$
Есть нефропатия	6	9	

При сравнении группы с ДН и группы без ДН были выявлены статистически значимые различия: у пациентов с нефропатией тревожные состояния встречаются чаще, чем у пациентов без нефропатии ($p < 0,05$, таблица 2).

Таблица 2 — Частота развития тревожных состояний при ДН

Показатель	Нет тревоги	Есть тревога	χ^2 ; p
Нет нефропатии	28	2	$\chi^2 = 25,31$; $p = 0,0001$
Есть нефропатия	2	13	

У пациентов с ДН тревожно-депрессивные состояния встречаются чаще, чем у пациентов без ДН ($p < 0,05$ таблицы 1, 2). Это может быть связано как с осложнениями СД 2, так и с другими сопутствующими заболеваниями.

По уровню гликированного гемоглобина определили компенсацию СД 2 типа ($> 7,5$ — декомпенсация). Частота депрессивных расстройств у пациентов с декомпенсацией СД 2 типа была достоверно выше по сравнению с пациентами с компенсированным течением заболевания (таблица 3).

Таблица 3 — Частота развития депрессии в зависимости от компенсации СД 2

Показатель	Нет депрессии	Есть депрессия	χ^2 ; p
HbA1c $< 7,5$ %	20	3	$\chi^2 = 8,44$; p = 0,037
HbA1c $> 7,5$ %	10	12	

При декомпенсации СД 2 частота депрессивных расстройств выше, что может быть обусловлено снижением качества жизни.

Выводы

Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с СД 2 типа встречаются чаще при наличии ДН, декомпенсации и более длительном стаже заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шестакова, М. В. Факторы риска прогрессирования диабетической нефропатии у больных с длительным течением сахарного диабета по данным ретроспективного анализа / М. В. Шестакова // Тер. архив — 2006. — № 5. — С. 48–55.
2. Дедова, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (6-й выпуск). Рабочая группа по подготовке рекомендаций под руководством / И. И. Дедова // Сахарный диабет. — 2013. — № 1. — С. 20.
3. Кравченко, А. Я. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия / А. Я. Кравченко // Клиническая медицина. — 2016. — № 3. — С. 97–101.

УДК 616.12-008.313-07

ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ И ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ И ИХ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

Гладун К. Ю., Романова Е. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Н. П. Митьковская

Учреждение образования

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) и трепетание предсердий (ТП) — два близких по механизму возникновения нарушения ритма сердца, которые нередко трансформируются друг в друга у одного и того же пациента [1]. ФП — самая распространенная стойкая сердечная аритмия, частота которой в общей популяции составляет 1–2 %. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что ТП встречается существенно реже, чем ФП: не более 0,09 % в общей популяции [2, 3]. Дисфункция проводящей системы предсердий часто связана с органической патологией сердца, но также может являться осложнением системных заболеваний. Несмотря на известные достижения и новые технологии в диагностике аритмий, пациенты с ФП и ТП по-прежнему подвергаются повышенному риску инсульта и других тромбоэмболических событий, сердечной недостаточности, повышением частоты госпитализации, ухудшением качества жизни и даже смерти [2].