

имеющая избыточный вес, не употребляющая алкоголь, не работающая (в том числе вышедшая на пенсию), с классом тяжести цирроза печени по Child-Pugh B.

Уровень госпитальной летальности пациентов с ЦП имеет тенденцию к снижению за последние 10 лет (рисунок 1).

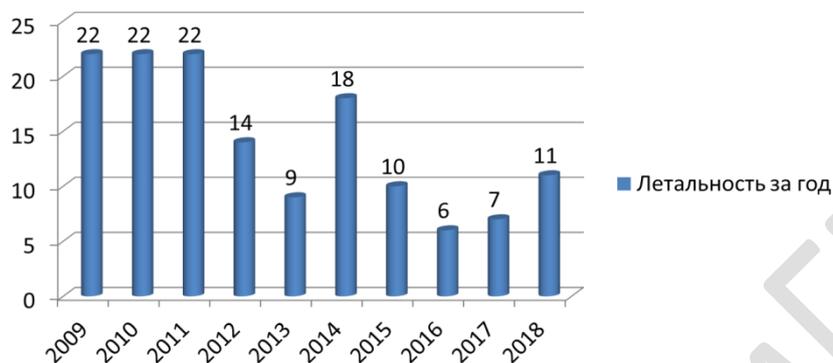


Рисунок 1 — Летальность пациентов с циррозом печени с стационаре

Заключение

За период наблюдения 10 лет (2009–2018 гг.) наблюдается тенденция к увеличению количества госпитализированных пациентов с циррозом печени преимущественно невирусной этиологии в городское отделение гастроэнтерологии г. Гомеля и снижению уровня летальности. Средняя продолжительность стационарного лечения уменьшилась, что связано с внедрением достижений гастроэнтерологии по ведению пациентов в практику и своевременной актуализацией клинических протоколов. Увеличилось количество случаев и дней временной нетрудоспособности, что свидетельствует об увеличении доли пациентов с ЦП молодого возраста. Наблюдается увеличение количества пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени, первичным билиарным циррозом, которые диагностируются у пациентов старше 60 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 332 с.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 122 с.
3. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.

УДК 616.12-008.331.1

АКТУАЛЬНОСТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

*Малаева Е. Г., Цырульникова А. Н., Цитко Е. В.,
Худяков И. А., Меньшакова М. Н., Станкевич Е. А.*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Отсутствие адекватного контроля артериального давления (АД) может приводить к развитию осложнений АГ, одним из которых является гипертонический криз (ГК). Наиболее часто ГК возникают при эссенциальной артериальной гипертензии, среди других причин — реноваскулярная гипертензия, диа-

бетическая нефропатия, заболевания нервной системы и феохромоцитомы. Среди более редких причин — первичный гиперальдостеронизм (менее 1 %), употребление наркотических (кокаина, амфетамина, ЛСД), преэклампсия и эклампсия, коллагенозы и другие редкие заболевания [1, 2].

В соответствии с «Рекомендациями по лечению больных с артериальной гипертензией» Рабочей группы по лечению артериальной гипертензии Европейского общества кардиологов (ЕОК, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (ЕОАГ, ESH) (2018 г.) ГК ассоциируют с развитием экстренных и неотложных состояний, обусловленных АГ. Экстренные состояния представляют собой ситуации, при которых тяжелая АГ (3-й степени) ассоциируется с острым поражением органов, что нередко является жизнеугрожающим и требует немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии. К неотложным состояниям относят случаи тяжелой АГ у пациентов, поступивших в отделения интенсивной терапии, не имеющих признаков острого повреждения органов, ассоциированных с артериальной гипертензией. Эти пациенты обычно не нуждаются в госпитализации, а снижение АД возможно с помощью пероральных препаратов [1].

В практической работе врачи используют классификацию кризов, в соответствии с которой выделяют осложненные кризы (аналог экстренных состояний) и неосложненные ГК (аналог неотложных состояний). ГК считают осложненным в случае развития гипертонической энцефалопатии, мозгового инсульта, острого коронарного синдрома, острой левожелудочковой недостаточности, расслаивающей аневризмы аорты, преэклампсии и эклампсии беременных. Осложненным ГК считают при феохромоцитоме, высокой АГ, ассоциированной с субарахноидальным кровоизлиянием головного мозга, у послеоперационных пациентов и при угрозе кровотечения и на фоне приема амфетаминов, кокаина. Неосложненный ГК, несмотря на выраженную клиническую симптоматику, не сопровождается клиническими проявлениями нарушений функции органов-мишеней (головной мозг, сердце, почки, сетчатки глаза). Госпитализация в стационар осуществляется при появлении церебральной или кардиальной симптоматики, нарушений ритма и проводимости сердца, сердечной или почечной недостаточности. Неосложненные ГК лечатся восстановлением или интенсификацией лекарственной терапии и лечением тревожных расстройств [2]. Значительная часть случаев неосложненных ГК представлена пациентами, не получавшими адекватной терапии либо недостаточно приверженными к лечению, а также пациентами с впервые выявленной АГ. Преждевременная отмена терапии и неадекватное следование врачебным рекомендациям являются наиболее частыми проявлениями низкой приверженности. Более трети пациентов отменяют назначенную терапию через 6 мес., а через 1 год — более половины [3].

Цель

Изучить структуру пациентов с гипертоническими кризами, госпитализированных в ГКБ № 3 по экстренным показаниям.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощи в Гомельскую городскую клиническую больницу № 3 в сентябре 2019 г. за 4 экстренных дня (3, 10, 17, 24 сентября).

Результаты исследования и их обсуждение

За 4 дня экстренных дежурств в приемное отделение стационара обратилось 568 пациентов с патологией терапевтического и хирургического профиля, из них 58 (10,2 %) пациентов с ГК. 39 (67 %) пациентов имели осложненный ГК и были госпитализированы в стационар, преимущественно в терапевтическое отделение. У 19 (33 %) пациентов не выявлено признаков острого повреждения органов, ассоциированных с артериальной

гипертензией, и после оказания неотложной помощи они переведены на амбулаторный этап оказания медицинской помощи. Среди пациентов с ГК преобладали женщины — 44 (76 %), мужчин — 14 (24 %). Средний возраст пациентов с ГК составил 67 лет (минимальный — 27 лет, максимальный — 93 года). Средний возраст женщин был значительно старше, чем мужчин (73,4 года и 60,6 лет соответственно). Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 7 дней.

Заключение

Среди пациентов с различной патологией, доставленных бригадой скорой медицинской помощи в экстренные дни в стационар, 10,2 % составили пациенты, преимущественно женщины (76 %) в возрасте 73,4 года с гипертоническими кризами, не купированными на догоспитальном этапе, что, несомненно, указывает на актуальность проблемы улучшения степени контроля АД. Несоблюдение режима приема гипотензивных препаратов — одна из важных и главных причин развития ГК. Врачебная инертность (недостаточное усиление терапии, особенно монотерапии) и низкая приверженность пациентов к лечению (особенно при назначении нескольких препаратов в отдельных таблетках) считаются в настоящее время основными факторами, приводящими к неадекватному контролю АД [1] и развитию ГК.

ЛИТЕРАТУРА

1. ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. — 2018. — № 23 (12). — С. 143–228.
2. Козловская, Т. В. Гипертонические кризы — современные подходы к тактике ведения: практ. пособие для врачей / Т. В. Козловская, А. В. Коротаев. — Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018. — 21 с.
3. Naderi, S. H. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients / S. H. Naderi, J. P. Bestwick, D. S. Wald // Am J Med. — 2012. — Vol. 125. — P. 882–887.

УДК 616.379-008.64+616-003.96

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Махлина Е. С.¹, Навменова Я. Л.¹, Савастеева И. Г.¹, Василевич Н. В.²

¹Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,
²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из наиболее значимых факторов, оказывающим влияние на компенсацию сахарного диабета, является вариабельность гликемии. По данным DCCT основным барьером для достижения строго гликемического контроля является 3-кратный повышенный риск тяжелой гипогликемии [1, 2, 3]. Постоянный мониторинг с помощью системы суточного мониторинга гликемии позволяет регистрировать динамику изменений гликемии, а также провести оценку времени, когда пациент находился в состоянии нормо-, гипо- и гипергликемии. Чем продолжительнее период нормогликемии, тем значительно снижается риск развития осложнений сахарного диабета, в отличие от состояния вариабельности показателей углеводного обмена [4].

Цель

Провести анализ вариабельности показателей углеводного обмена в зависимости от особенностей проявления гипогликемических реакций.