

грессирования ретинопатии был выше среди женщин, страдающих избыточной массой тела и артериальной гипертензией.

Прогрессирование непролиферативной ретинопатии до угрожающей зрению ПДР и слепоты можно предотвратить, особенно при обнаружении на ранней стадии, поэтому профилактические мероприятия в данном случае имеют первостепенное значение. С этой целью рекомендовано регулярное тщательное обследование органа зрения для всех пациентов с сахарным диабетом, независимо от типа.

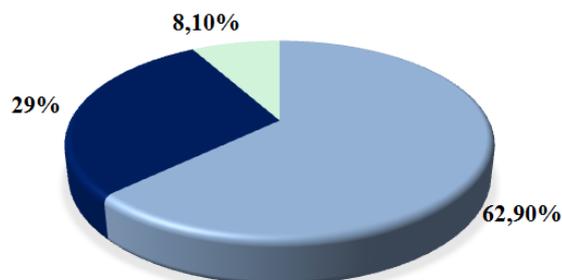


Рисунок 2 — Распространенность стадий ДР у пациентов с СД 2 типа

Выводы

1. Продолжительность СД является одним из главных факторов, который предопределяет прогрессирование диабетической ретинопатии.
2. Распространенность разных стадий ДР среди пациентов с СД 2 типа составляет от 8,7 до 83,7 %.
3. Частота ДР у пациентов обоих полов увеличивается с возрастом, образуя пик 50–70 лет.
4. При длительности СД 2 типа 20 и более лет, диабетическая ретинопатия встречается у 83,7 % пациентов.
5. Непролиферативная ДР является наиболее распространенной формой поражения сетчатки у исследованных пациентов (62,9 %).
6. Своевременное выявление ДР и назначение адекватной терапии на ранних стадиях дает шанс остановить прогрессирование сосудистых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И. И. Диабетическая ретинопатия: современные проблемы / И. И. Дедов, О. М. Смирнов // Сахарный диабет. — 2008. — № 3. — С. 4–8.
2. Астахов, Ю. С. Факторы, влияющие на прогрессирование диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом 2 типа / Ю. С. Астахов, А. Г. Залевская, И. А. Карпова // Клиническая офтальмология. — 2005. — Т. 6. — № 3. — С. 110–115.

УДК 616.831-005.4-036.88

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНЫХ КАРТ ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, УМЕРШИХ ОТ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Краснова М. А, Попкова А. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным исследования STEPS, распространенность артериальной гипертензии (АГ) в Республике Беларусь составляет 44,9 % (мужчины 45,6 %, женщины 44,2 %). АГ причастна к 54 % всех инсультов, 47 % всех случаев ишемической болезни сердца и 25 % остальных сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Острое нарушение мозгового кровообращения является серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Инсульт, как третья по значимости причина смерти, считается важным фактором риска инвалидности и когнитивных нарушений среди населения трудоспособного возраста [2].

Большое количество случаев инфарктов и инсультов можно предотвратить путем борьбы с основными факторами риска посредством вмешательств, направленных на изменение образа жизни и применения медикаментозной терапии, если это необходимо. Выявление лиц с высоким риском цереброваскулярных заболеваний важно для клинического ведения пациентов, раннего начала лечения с целью предотвращения летального исхода во время острых состояний, а также для проведения эффективной первичной профилактики.

Цель

Провести анализ амбулаторного ведения пациентов трудоспособного возраста, умерших от острых нарушений мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования

Исследование основано на данных 28 амбулаторных карт пациентов трудоспособного возраста, умерших от цереброваскулярных заболеваний. Статистический анализ материалов проводился с использованием программы «Microsoft Excel 2013». Обработка результатов исследования осуществлялась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики. Данные представлены в виде средней \pm стандартного отклонения ($M \pm \sigma$).

Результаты исследования и их обсуждение

Структура умерших пациентов в текущем исследовании: 21 (75 %) мужчина и 7 (25 %) женщин, 12 (43 %) — жители села, 16 (57 %) — жители города. Средний возраст составил $52 \pm 5,03$ года. Работающих пациентов было 11, не работающих — 8, инвалидов — 9, из которых: 1 группу инвалидности имели 3 человека, 2 группу — 5 человек, 3 группу — 1 человек. Семейное положение: неженатые мужчины — 7, женатые мужчины — 12, нет данных — 2; женщины замужем — 4, не замужем — 3. Курили — 13 (46 %) человек, не курили — 15 (54 %) человек. Употребляли алкоголь — 9 (28 %) человек, не употребляли — 19 (72 %). На учете с диагнозом «Употребление алкоголя с вредными последствиями» состояли 3 человека.

В структуре причин смерти внутримозговое кровоизлияние случилось у 19 (68 %) человек, а инфаркт мозга у 9 (32 %) человек (рисунок 1).

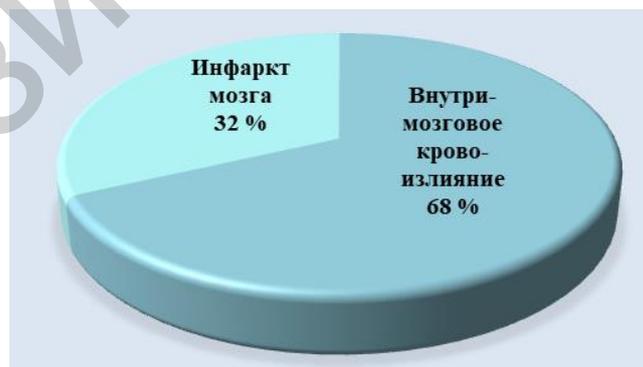


Рисунок 1 — Структура причин смерти пациентов в текущем исследовании

Причиной внутримозговых кровоизлияний у всех пациентов была артериальная гипертензия. Причинами инфаркта мозга были артериальная гипертензия у 5 (56 %) человек, хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС), протезированный аортальный клапан (АК) у 1 (11 %) человека, фибрилляция предсердия (ФП) — у 3 (33 %) человек (рисунок 2).

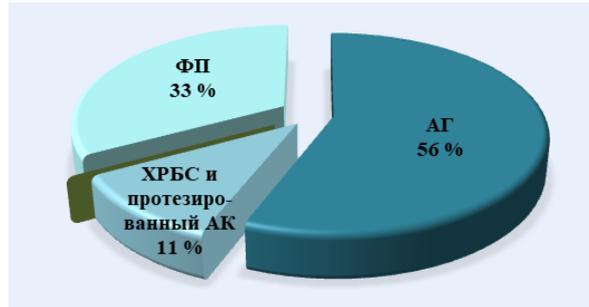


Рисунок 2 — Причины инфаркта головного мозга

Продолжительность артериальной гипертензии у пациентов составляла от 2 до 17 лет, средняя продолжительность — 7 лет. На диспансерном учете с артериальной гипертензией состояли 16 человек, нерегулярно проходили диспансерные осмотры 8 человек. 1 человек на Д/У не состоял, 2 человека отказались от диспансерного наблюдения.

Средний ИМТ составил $26,5 \pm 5,4$ (23–37), у 2-х пациентов было ожирение I степени, 5 — имели нормальную массу тела, у остальных пациентов — избыточная масса. Среднее содержание холестерина $4,7 \pm 1,2$ ммоль/л. Гиперхолестеринемия наблюдалась у 6 человек.

В ходе анализа амбулаторных карт пациентов были выявлены следующие недостатки диспансерного наблюдения. Обследование пациентов с АГ проводится в неполном объеме: у 50 % пациентов не исследован развернутый липидный спектр крови, у 5 пациентов не исследован креатинин, у большинства пациентов не исследованы электролиты. Зачастую не определялась скорость клубочковой фильтрации. Только у 4 пациентов проведено УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА). Вследствие этого стратификация риска проводится искаженно. Пациентов с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений стратифицируют по шкале SCORE, которая у этих пациентов не должна использоваться.

Лечение было назначено всем пациентам с артериальной гипертензией. 11 человек были привержены к лечению, 11 — не привержены, для остальных 6 человек — данные отсутствуют. Также у пациентов не оценивалась приверженность по шкале Мориски — Грина.

Достижение целевых цифр артериального давления (АД) определялось по результатам изменения АД во время визита к врачу (1–2 раза в год), что является не совсем верным. Необходимо оценивать профиль АД или результаты суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Целевые цифры АД были достигнуты лишь у 8 пациентов.

Выявлены следующие недостатки в назначении антигипертензивной терапии: полипрагмазия, неиспользование комбинированных форм, частое необоснованное назначение моксонидина, назначение дорогостоящих лекарственных средств пациентам, которые не работали и употребляли алкоголь, назначение аспирина пациентам без достижения целевых цифр АД [3].

Выводы

1. Наиболее частой причиной смерти у пациентов с артериальной гипертензией трудоспособного возраста является внутримозговое кровоизлияние (68 %), что указывает на недостижение целевого артериального давления у этих пациентов и недооценку факторов риска.

2. В ходе проведенного исследования были выявлены некоторые недостатки диспансерного наблюдения: несоблюдение объема исследований при проведении диспансеризации, стратификация риска по шкале SCORE у пациентов высокого и очень высокого риска.

3. Учитывая недостаточную приверженность пациентов к антигипертензивной терапии, необходимо проводить пациентам с артериальной гипертензией углубленное мотивационное консультирование и назначать комбинированные антигипертензивные лекарственные средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Публикация «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 (2017)». [Электронный ресурс]: материалы Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 (2017)» - Минск, Республика Беларусь, 2016 г. - Режим доступа: <http://www.euro.who.it>. — Дата доступа 15.03.2021.

2. Минская декларация «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020». [Электронный ресурс]: материалы Европейской министерской конференции ВОЗ «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020» 3 Минск, Республика Беларусь, 21-22 октября 2015 г. — Режим доступа <http://www.euro.who.int>.— Дата доступа: 20.03.2021.

3. Национальные рекомендации: диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. — РНПЦ «Кардиология», Минск, 2010. — 52 с.

УДК 616.12-008.313

ОСОБЕННОСТИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Кротенок К. С.¹, Шевлюкова А. И.¹, Пастушенко Д. М.¹

Научные руководители: ассистент О. В. Апинон¹, С. С. Суровяткин²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический центр»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением ритма сердца, ее частота в общей популяции составляет 1–2 %. Учитывая тенденцию к увеличению продолжительности жизни и общему «постарению» популяции, актуальность исследования данной патологии только усиливается [1]. По данным Роттердамского эпидемиологического исследования, ФП встречается чаще у мужчин, хотя с увеличением возраста эта разница выравнивается [2]. Проводимые исследования выявили, что распространенность этой патологии составляет приблизительно 0,5 % в возрасте младше 60 лет, старше 60 лет — 5 %, и старше 75 лет более 10 % [3]. Восстановление синусового ритма можно достигнуть с помощью медикаментозной и(или) электрической кардиоверсии. Эффективность фармакологической кардиоверсии в среднем составляет 40–70 %, тогда как эффективность электрической кардиоверсии достигает 90 % [4].

Цель

Определить особенности ФП у лиц в возрасте от 18 до 60 лет, в зависимости от места проживания, пола, а также методов восстановления ритма.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проведен анализ 56 историй болезни пациентов с диагнозом «пароксизмальная форма ФП», госпитализированных в У «ГОККЦ» в период с 2012 по 2019 гг. Анализ проводили с помощью «MicrosoftOfficeExcel 2010» (электрокардиографического, эхокардиографического методов исследования, заключений специалистов и проводимого лечения). Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование включены 56 пациентов (средний возраст $45,89 \pm 9,64$ лет), госпитализированные в У «ГОККЦ», из них 25 % женщин средний возраст $48 \pm 10,8$ лет и 75 % мужчин средний возраст $45,19 \pm 9,26$ лет.