

острого пиелонефрита у мужчин и женщин. Поэтому целесообразным является проводить скрининг таких пациентов для ранней диагностики, профилактики прогрессирования и избегания осложнений острого пиелонефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареева, И. Е. Нефрология: рук-во для врачей / И. Е. Тареева. М. : Медицина, 2000. 688 с.
2. Румянцев, А. Ш. Этиология и патогенез пиелонефрита / А. Ш. Румянцев, Н. С. Гончарова // Нефрология. 2000. С. 40–52.
3. Некрасова, А. А. Осторожно — пиелонефрит! / А. А. Некрасова // Атмосфера. Кардиология. 2004. № 2. С. 40–41.
4. www.urovest.ru/jour/article/view/473?local.

УДК 616.12-008.313.2-08:616.379-008.64

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Деревянко Д. Д., Нестеров В. В.

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) имеет непосредственную связь с другими заболеваниями системы кровообращения, такими как сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца (ИБС), клапанные пороки сердца, артериальная гипертензия, а также с сахарным диабетом (СД) [1].

Этиологическими факторами развития ФП могут быть как кардиальные, так и экстракардиальные причины или заболевания. Развитию ФП также может способствовать кардиомиопатия, перикардит, синдром слабости синусового узла. Среди экстракардиальных причин наиболее часто приводят к развитию ФП болезни легких (хроническая обструктивная болезнь легких или бронхиальная астма), болезни щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит или диффузный токсический зоб), а также прочие состояния, как ожирение и др. [2].

Выделяют несколько типов ФП: впервые выявленная — любой впервые диагностированный эпизод; пароксизмальная — длительность до 7 суток, самопроизвольное прекращение, обычно в первые 48 ч; персистирующая — самостоятельно не прекращается, продолжается более 7 дней; длительно персистирующая — продолжается в течение ≥ 1 года, и выбрана стратегия контроля ритма сердца; постоянная — сохранение аритмии при условии безуспешной кардиоверсии или кардиохирургического лечения; бессимптомные эпизоды ФП, которые не проявляются клинически и регистрируются случайно [1, 3].

Цель

Оценить структуру вариантов течения ФП на фоне СД 2-го типа и без него, а также выявить особенности клинического течения на примере пациентов кардиологического отделения «Гомельского областного клинического кардиологического центра».

Материал и методы исследования

Проведен сравнительный анализ двух групп пациентов, разделенных по наличию сопутствующего СД 2-го типа с последующей оценкой частоты встречаемости той или иной формы ФП и особенностей клинического течения заболевания с учетом жалоб пациентов для установленных групп.

Критерии включения: зафиксированные при плановой или экстренной госпитализации случаи ФП на электрокардиограмме (ЭКГ).

Критерии исключения: другие нарушения ритма, госпитализация по поводу ФП без регистрации признаков на ЭКГ, а также случаи острой кардиальной патологии, которые могли спровоцировать ФП.

С целью оценки достоверности полученных результатов определялся χ^2 Пирсона с помощью программы «Statistica 12.0». Статистически значимым различием считали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Методом сплошной выборки, учитывая установленные критерии в работу были включены 78 историй болезни пациентов, которые были разделены на две группы следующим образом: 19 (24,4 %) случаев ФП на фоне СД 2-го типа, в 59 (75,6 %) случаях ФП без СД 2-го типа.

У пациентов с ФП без СД впервые выявленная ФП отмечается у 8 (13,6 %) пациентов, рецидивирующая (возвратная) у 51 (86,4 %) пациента. Аналогичные показатели в группе пациентов с ФП на фоне СД составили 2 (10,5 %) случая для впервые выявленной ФП и 17 (89,5 %) случаев — для возвратной ФП.

Структура вариантов течения ФП распределилась таким образом, что в группе пациентов с ФП без СД пароксизмальная форма ФП зарегистрирована у 24 (40,7 %) пациентов, персистирующая форма — в 16 (27,1 %) случаях, постоянная форма отмечалась у 19 (32,2 %) пациентов. Частота встречаемости данных вариантов течения в группе с ФП на фоне СД определила, что пароксизмальная форма регистрировалась в 2 (10,5 %) случаях, персистирующая форма — у 5 (26,3 %) пациентов, постоянная форма выявлена у 12 (63,2 %) госпитализированных пациентов. Полученные данные представлены на рисунке 1.

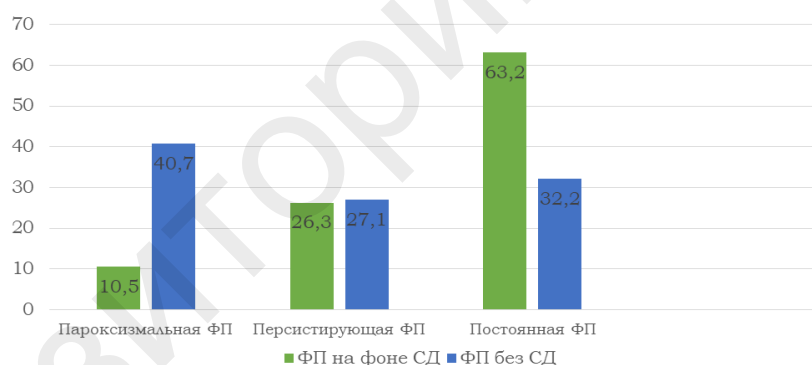


Рисунок 1 — Встречаемость форм течения ФП в исследуемых группах

Особенности выраженности клинической симптоматики при ФП представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Особенности выраженности клинической симптоматики при ФП

Симптоматика	ФП без СД 2-го типа		ФП на фоне СД 2-го типа	
	количество	%	количество	%
Бессимптомное течение ФП	2	3,4	0	—
ФП с симптомами	57	96,6	19	100
Слабость/повышенная утомляемость	32	56,1	16	84,2
Сердцебиение	46	80,7	19	100
Перебои	10	17,5	7	36,8
Появление/нарастание одышки	22	38,6	15	78,9
Неишемическая боль/дискомфорт в грудной клетке	13	22,8	9	47,4
Ишемическая загрудинная боль	2	3,5	0	—

В обеих исследованных группах наиболее часто встречающимися симптомами были сердцебиение, слабость, повышенная утомляемость, появление, нарастание одышки.

Достоверно значимо в группе пациентов с ФП на фоне СД 2-го типа отмечалось появление слабости, снижение работоспособности, появление перебоев в работе сердца, чувство боли или дискомфорта в грудной клетке, в отличие от пациентов с ФП без СД 2-го типа ($p < 0,05$).

Выводы

У 63,2 % пациентов с сахарным диабетом 2-го типа отмечалась постоянная форма фибрилляции предсердий.

У пациентов, независимо от наличия сахарного диабета 2-го типа преимущественно встречалась симптомная фибрилляция предсердий. Однако пациенты с сахарным диабетом 2-го типа достоверно чаще предъявляли жалобы на слабость, повышенную утомляемость, перебои в работе сердца, появление или нарастание одышки, а также чувство боли или дискомфорта в грудной клетке, что может ухудшать качество жизни у данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эффективность немедикаментозного лечения при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий / К. С. Трушева [и др.] // Вестник АГИУВ. 2017. № 1. С. 6–13.
2. Филатов, А. Г. Эпидемиология и социальная значимость фибрилляции предсердий / А. Г. Филатов, Э. Г. Тарашвили // Анналы аритмологии. 2012. № 2. С. 5–13.
3. Вся правда о фибрилляции предсердий / А. Л. Вёрткин [и др.] // Архив внутренней медицины. 2013. № 4. С. 30–40.
4. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2021. 134 с.

УДК 616.248:616.23]:616.24-008.44

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дешкович Е. В.

**Научные руководители: ассистент Е. М. Жандарова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Бронхиальная астма (БА), является одним из самых распространенных хронических заболеваний человека. Она характеризуется большой гетерогенностью клинических форм и вариабельностью течения. Гетерогенность БА проявляется в разной степени выраженности бронхиальной обструкции, разной частоте обострений. Современное ведение БА требует глубокого анализа факторов, ответственных за прогрессирование заболевания и развитие обострений, а также разработки целевой терапии БА с учетом клинических и биологических фенотипов болезни. Несмотря на прогресс, достигнутый в терапии БА за последние годы, она по-прежнему остается причиной инвалидизации пациентов и смертельных исходов [1]. Кроме того, более чем у половины больных БА, получающих лечение, отсутствует контроль над заболеванием, а стало быть, имеется высокий риск развития обострений. У каждого пациента может быть свой собственный специфический фенотип БА, но выделение «фенотипа БА» подразумевает наличие группы или подгруппы больных, объединенных общими клиническими и (или) биологическими признаками заболевания [2].