

Выводы

1. У пациентов исследуемой группы ИМ стал первым проявлением ишемической болезни сердца. В основном заболевание протекало с классической клиникой. Основным сопутствующим заболеванием являлась артериальная гипертензия.

2. По данным инструментальных исследований выявлены обширные поражения миокарда, что доказывает «злокачественность» течения ИМ у лиц молодого возраста, связанную, по-видимому, с отсутствием сформировавшихся коллатералей, что характерно для пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.

3. Пациенты имеют от 3 до 4 факторов риска, что осложняет течение ИМ и определяет неблагоприятный прогноз.

4. В связи с тенденцией к «омоложению» инфаркта миокарда, высокой смертностью пациентов молодого возраста с ИМ, необходимо развивать систему профилактики показывая помощи пациентам молодого возраста путем информированности населения о вопросах первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также увеличении доступности чрескожных коронарных вмешательств и тромболитической терапии на региональном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации // Кардиологический вестник. 2014. № 4. С. 1–58.

2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2021. 134 с.

УДК 616.12-008.331.1-036:[159.944.4+616-056.52]

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА И ОЖИРЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдуллаева Д. Т.

Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Укла

Учреждение образования

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

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) — одна из основных причин преждевременной смертности в мире. В данный момент наиболее актуальными являются вопросы взаимосвязи кардиоваскулярного прогноза с метаболическими факторами и стресс-реактивностью [1]. Отличительной особенностью АГ является высокий уровень коморбидности. Пациенты с АГ, как правило, имеют одну, а чаще несколько сопутствующих патологий. Проанализировав результаты обследования 30092 пациентов с АГ, J. Noh и соавт. установили, что наиболее частые сопутствующие заболевания у них — ожирение (60,1 %), дислипидемия (57,6 %), гипергликемия натощак (45,1 %) [2].

Цель

Выявить закономерности прогрессии АГ у пациентов с ожирением, повышенным уровнем стресса и атерогенной дислипидемией.

Материал и методы исследования

Были обследованы 84 амбулаторных пациента с АГ на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника № 5». Диагноз у всех пациентов был выставлен 5 лет назад. Возраст составлял $45 \pm 6,2$ года. Женщины — 30 (35,71 %) человек, мужчины — 54 (64,29 %).

Уровень стресса определяли шкале психологического стресса PSM-25 (Psychological stress measure). Максимально возможное количество баллов — 200.

Показатель низкого уровня стресса составлял менее 100 баллов, высокого — более 155 баллов.

Обследуемые были разделены на две группы. Первую составляли пациенты с индексом массы тела (ИМТ) >30 и высоким уровнем стресса — 42 человека, вторую группу (42 человека) — пациенты с ИМТ <27 и низким уровнем стресса.

В процессе обследования проводили исследование крови с определением холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), опрос по образу жизни, определяли индекс массы тела.

Сравнивали следующие показатели: ИМТ, ЛПНП, уровень прогрессирования АГ (степень, риск), количество сопутствующих заболеваний.

Обработка данных осуществлялась в программе «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

В 1-й группе пациентов min значения ИМТ составляло 32, max — 38, среднее значение — 35 ± 3 ; уровень стресса от 157 до 183, в среднем — $170 \pm 12,7$. Повышение уровня холестерина ЛПНП более 3,8 ммоль/л, max значение 5,7 ммоль/л. В результате из 42 пациента у 34 (80,95 %) в течение 5 лет прослеживается быстрая прогрессия с 1 по 3 степень АГ, у 8 (19,04 %) пациентов выставлена 2 степень АГ, риск 3 у 14 (33,3 %) пациентов, риск 4 у 28 (66,7 %). У каждого реципиента 1-й группы выявлены от $2 \pm 1,8$ сопутствующих заболеваний.

Во 2-й группе max значение ИМТ — 27,3, min — 22. В среднем $24,65 \pm 2,65$. Уровень стресса от 74 до 98, в среднем — $86 \pm 11,89$. Повышение уровня холестерина ЛПНП более 3,4 ммоль/л не наблюдалось у пациентов данной группы, min значение — 2,9. Питание у пациентов в обследуемой группе пониженное, мышечная масса снижена, физическая активность снижена. В результате выявлено, что в данной группе нет пациентов с 3 степенью АГ, у 40 (95,23 %) пациентов выставлена 2 степень АГ, у двух (4,77 %) 1 степень. В течение 5 лет прослеживается прогрессия с 1 по 2 степень АГ, риск 3 у всех обследуемых данной группы. У 24 (57,24 %) пациентов выявлены $1 \pm 1,55$ сопутствующих заболеваний.

Средние значения исследуемых показателей представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Средние показатели основных обследований

Обследование	1-я группа	2-я группа
ИМТ	35 ± 3	$24,65 \pm 2,65$
Уровень стресса	$170 \pm 12,7$	$86 \pm 11,89$
ЛПНП	$4,75 \pm 0,95$ ммоль/л	$3,15 \pm 0,25$ ммоль/л

Сравнительная характеристика прогрессии степени АГ 2-х групп в зависимости от клинического диагноза представлена на рисунке 1.

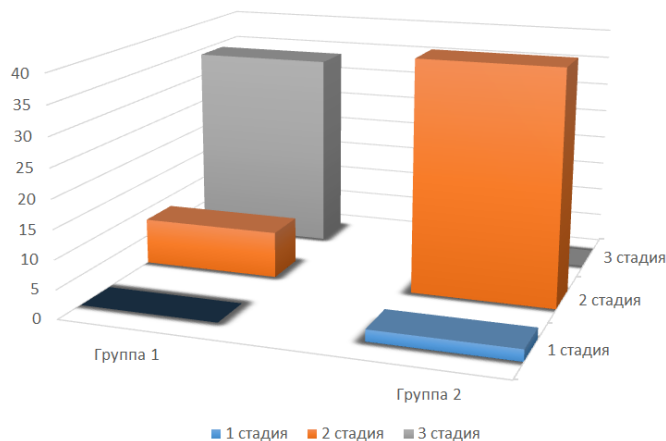


Рисунок 1 — Сравнительная характеристика прогрессии артериальной гипертензии

Выводы

1. Результаты проведенного исследования и обработки данных выявили значимую закономерность влияния стрессового фактора, гиперлипидемии и ожирения на прогрессирование артериальной гипертензии: у 80% пациентов степень АГ повысилась до третей и у 100% риск развития осложнений был очень высокий, что указывает на неблагоприятный прогноз и последующее развитие сердечно-сосудистых осложнений и сердечно-сосудистой смерти.

2. Данной группе пациентов необходимо проводить коррекцию факторов риска, а именно: снижение массы тела, гиполипидемическую терапию, диету с ограничением соли, быстрых углеводов, животных жиров, а также богатую клетчаткой и продуктами моря; использовать методики по снижению уровня стресса. Все пациенты изученной группы должны получить адекватную антигипертензивную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропова, О. Н. Реактивность на психоэмоциональный стресс: клинические аспекты при артериальной гипертензии / О. Н. Антропова, И. В. Осипова // Артериальная гипертензия. 2018; 24(2):145–150.
2. Висцеральное ожирение как глобальный фактор сердечно-сосудистого риска / Г. А. Чумакова [и др.]. Российский кардиологический журнал. 2018. № 5. С. 7–14.

УДК 616.21:616.329-002

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИЯ

Акулёнок Е. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. В. Иванюшкина

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Смоленск, Российская Федерация**

Введение

Распространенность заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) наравне с ожирением экспоненциально увеличивается с течением времени во всем мире, являясь значимым фактором риска развития таких осложнений как пищевод Барретта и развитием аденокарциномы. Состояние ожирения характеризуется возможностью нарушения моторики пищевода, ослаблением тонуса нижнего пищеводного сфинктера, повышением давления внутри желудка и увеличением его объемов с вероятностью формирования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Так, изучение клинико-морфологических особенностей течения ГЭРБ на фоне избыточной массы тела и ожирения является актуальной проблемой современной внутренней медицины.

Цель

Провести оценку клинических и морфологических особенностей течения ГЭРБ болезни на фоне избыточной массы тела и ожирения с учетом корреляции распространенности проявлений рефлюкса среди лиц без избыточной массы тела в анамнезе.

Материал и методы исследования

Работа основана на клинико-статистическом анализе историй болезни 80 пациентов (соотношение по полу: мужчин — 41,2 %, женщин — 58,8 %) в возрасте 35–65 лет с преобладанием лиц средней возрастной группы (согласно классификации ВОЗ) в 77,5 %, госпитализированных в гастроэнтерологическое отде-