

Средний суточный индекс у пациентов с АГ 2 степени САД составляет 7,0 %, а средний суточный индекс ДАД – 12,8 %, с сопутствующими заболеваниями – ХИБС.

Средний суточный индекс САД у пациентов с АГ 3 степени составляет 6,0 %, а средний суточный индекс ДАД – 8,9 %. Сопутствующим заболеванием является ХИБС.

Средняя величина утреннего подъема САД у пациентов с АГ 1 степени составляет 27,2 мм рт. ст., ДАД – 31,4 мм рт. ст. У пациентов коморбидным заболеванием является ХИБС.

Средняя величина утреннего подъема САД у пациентов с АГ 2 степени – 42,0 мм рт. ст., ДАД – 37,3 мм рт. ст. Сопутствующим заболеванием у этих пациентов является ХИБС.

Средняя величина утреннего подъема САД у группы пациентов с АГ 3 степени равна 45,3 мм рт. ст., ДАД – 34,4 мм рт. ст., с коморбидным заболеванием – ХИБС.

Скорость утреннего подъема САД у группы пациентов с АГ 1 степени равна 6,2 мм рт. ст., а ДАД – 5,2 мм рт. ст. У этой группы пациентов коморбидной патологией является ИБС и хроническая ревматоидная болезнь сердца.

Скорость утреннего подъема САД у пациентов с АГ 2 степени равна 7,0 мм рт. ст., а ДАД – 5,8 мм рт. ст. У пациентов коморбидным заболеванием является ХИБС.

Скорость утреннего подъема САД у пациентов с АГ 3 степени равна 11,6 мм рт. ст., а ДАД – 6,6 мм рт. ст. соответственно. Коморбидной патологией является ХИБС.

Выводы

Из нашей выборки у пациентов с АГ 1 степени сопутствующими патологиями являются: ИБС, хроническая ревматоидная болезнь сердца и дислипидемия.

У пациентов с АГ 2 степени преобладающей сопутствующей патологией является ХИБС.

У пациентов с АГ 3 степени преобладающей патологией является стабильная стенокардия.

Стабильная стенокардия и атеросклеротическая болезнь сердца повлияли на повышение индекса времени у пациентов с АГ 3 степени. Индекс времени САД составляет 55,3 %, индекс времени ДАД – 33,7 %.

ХИБС у пациентов с АГ 2 степени повлияла на повышение средней величины утреннего подъема САД и ДАД.

Сахарный диабет и дислипидемия у пациентов с АГ не повлияли на показатели СМАД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения – Москва, 2018./ Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ, Национальная медицинская Ассоциация по изучению Сочетанных Заболеваний, Профессиональный фонд содействия развитию медицины «ПРОФМЕДФОРУМ» – С. 8–9.
2. Сафроненко, В. А. Особенности сосудистой ригидности у пациентов с артериальной гипертензией при сочетании с хронической сердечной недостаточностью и синдромом старческой астении / В. А. Сафроненко, А. И. Чесникова, Н. А. Семенцова // Артериальная гипертензия. – 2022. – Т. 28, № 6. – С. 659–668.

УДК 616.127-005.8-08-036:[616.98:578.834.1]

А. В. Сподобаева, Е. В. Гаркач

Научный руководитель: А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Введение

Согласно Демографическому ежегоднику 2019-го года, выпущенному Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь, в 2018 году смертность составила

120 053 человека. Больше половины, а именно 68 095 (56,72 %) умерли от заболеваний сердечно-сосудистой системы, из которых 1554 (2,28 %) человека скончались от инфаркта миокарда [1, 2]. Данное заболевание имеет большое социальное значение, так как поражает людей пожилого и трудоспособного возраста, приводя к инвалидизации и преждевременной смерти, что делает актуальным его изучение.

Но эти статистические данные актуальны до 2019 года, до появления пандемии COVID-19. Ввиду тропности вируса к белку ACE2, который имеется в эндотелии, легких, сердце и других органах, происходит их повреждение и последующее развитие сердечной недостаточности, системной и легочной гипертонии, инфаркта миокарда, сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных сахарным диабетом [3]. В связи с этим возрастает необходимость изучить специфичность течения и тяжести инфаркта миокарда на данный момент.

Цель

Особенности клинического течения и степень тяжести инфаркта миокарда до и во время пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ историй болезней пациентов старше восемнадцати лет за 2018 и 2020 года, лечившихся в ГУЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». За основу исследования взяты 2018 и 2020 года, как года до пандемии COVID-19 и во время ее активности.

Статистический анализ и оценка данных проводились с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и обсуждение

В архиве были взяты истории болезней за 2018 и 2020 года, из которых отобрано 120 человек с инфарктами миокарда различных локализаций, объемов поражений и наличия сопутствующих заболеваний.

По статистическим данным распространенность инфаркта миокарда выше среди мужской части населения. Данные за 2018 и 2020 года представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Гендерное распределение инфаркта миокарда

Количество	2018		2020	
	Абсолютное	Процентное	Абсолютное	Процентное
Всего	60 человек		60 человек	
Женщины	17	28,33 %	16	26,67 %
Мужчины	43	71,67 %	44	73,33 %

Частота встречаемости инфаркта миокарда нарастает с увеличением возраста населения, т. к. инфаркт миокарда у пожилых пациентов развивается на фоне уже имеющихся органических и функциональных изменений сердца и сосудов возрастного характера. Это отражено в таблице 2.

Таблица 2 – Возрастное распределение пациентов

Возраст, лет	2018		2020	
	Абсолютное	Процентное	Абсолютное	Процентное
20–40	1	1,67 %	2	3,33 %
41–60	21	35,00 %	20	33,33 %
61–80	35	58,33 %	35	58,33 %
81–100	3	5,00 %	3	5,00 %

Правильная классификация инфаркта миокарда помогает четко определить объем, глубину повреждения и стадию болезни. Исходя из классификации, данные были распределены и отражены в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение пациентов по видам инфаркта миокарда

	2018		2020	
	Абсолютное	Процентное	Абсолютное	Процентное
Субэндокардиальный	1	1,67 %	7	11,67 %
Трансмуральный	3	5,00 %	14	23,33 %
Крупноочаговый	51	85,00 %	30	50,00 %
Мелкоочаговый	5	8,33 %	9	15,00 %

Вероятность развития ишемической болезни сердца и более серьезной её формы – острого инфаркта миокарда (ОИМ) находится в прямой зависимости от уровня систолического и диастолического давления, а именно от наличия артериальной гипертензии (АГ) и других сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет (СД), атеросклероз (АС) и т.д. Сопутствующие заболевания предоставлены в таблице 4.

Таблица 4 – Абсолютное и процентное соотношение сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	2018		2020	
	Абсолютное	Процентное	Абсолютное	Процентное
АС	50	83,33 %	33	55,00 %
СД1	1	1,67 %	0	0,00 %
СД2	13	21,67 %	10	16,67 %
АГ1	6	10,00 %	20	33,33 %
АГ2	36	60,00 %	27	45,00 %
АГ3	7	11,67 %	4	6,67 %
COVID-19	–	–	36	60,00 %

Вывод

По результатам работы можно сделать следующие выводы о данных 2018 и 2020 годов. Частота встречаемости инфаркта миокарда нарастает с увеличением возраста населения. Наибольшее количество больных наблюдается в возрасте от 40 до 80 лет – 56 человек (93,33 %) и 55 человек (91,66 %) соответственно. В оба года гендерное распределение указывает на большую заболеваемость среди мужчин – 43 (71,67 %) и 44 человека (73,33 %).

Схожие данные наблюдаются в обоих случаях при анализе инфаркта миокарда по объему и глубине поражения. Преобладают крупноочаговые инфаркты – 51 (85,00 %) и 30 (50,00 %).

Согласно статистическим данным основными спутниками инфаркта являются атеросклероз, артериальная гипертензия и сахарный диабет второго типа.

По итогам проведенной работы можно судить, что картина инфаркта миокарда существенно не изменилась во время пандемии COVID-19 и является схожей в 2018 и 2020 годах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_14356/?sphrase_id=1876097. – Дата доступа: 03.02.2023.

2. “Gheblawi M., Wang K., Viveiros A. et al. Angiotensin-Converting Enzyme 2: SARS-CoV-2 Receptor and Regulator of the Renin-Angiotensin System: Celebrating the 20th Anniversary of the Discovery of ACE2. *Circ Res.* 2020 May 8;126(10):1456-1474.» Огиенко А.А. Ген ACE2: [Электронный ресурс] // ГЕНОКАРТА Генетическая энциклопедия. 2020. – URL: <https://www.genokarta.ru/gene/ACE2>. (Дата обращения: 03.02.2023).

3. Огиенко А. А. Ген ACE2: [Электронный ресурс] // Генокарта Генетическая энциклопедия. 2020. – Режим доступа: <https://www.genokarta.ru/gene/ACE2>. Дата доступа: 03.02.2023.

УДК 616.12-005.4-052-06-037

Е. Г. Столыпко, О. А. Блинкова

*Научный руководитель: старший преподаватель кафедры З. В. Грекова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева*

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Введение

Установить наличие факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), то есть определить, насколько вероятно наличие у пациента атеросклероза коронарных артерий помогает анамнез жизни. Риск развития атеросклероза существенно увеличивается при наличии таких ФР как пожилой возраст, дислипидемия (ДЛП), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), низкая физическая активность, избыточная масса тела, табакокурение, злоупотребление алкоголем, эмоциональный стресс [1, 2]. После появления у пациента признаков ишемической болезни сердца (ИБС), ФР продолжают оказывать неблагоприятное воздействие, способствуя прогрессированию болезни и ухудшая прогноз, поэтому коррекция факторов риска у пациента должна быть составной частью тактики лечения и профилактики [3, 4].

Цель

Изучить распространенность факторов риска у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования

Проведено анкетирование 86 пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении учреждения «Гомельская городская клиническая больница № 3» с января по февраль 2023 года с диагнозом: ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 2–3, согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов.

Изучались факторы риска ИБС, такие как избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, частые стрессовые ситуации, употребление алкогольных напитков, курение, неправильное питание, а также возраст, пол и наследственная предрасположенность к ССЗ, биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП)), сопутствующие заболевания.

Использовалась анкета по самоопределению риска сердечно-сосудистых заболеваний, формула Кетле для определения индекса массы тела (ИМТ). ИМТ. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы Statistica 10, Microsoft Excel. Полученные данные представлены абсолютным числом (n), относительной величиной (%), среднее квадратическое отклонение. За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.