

### **Выводы**

Показатели фракции выброса левого желудочка к концу первой недели и на момент выписки, указывают на то, что на более ранних сроках фармакотерапия является предпочтительнее.

При измерении натрийуретического пептида более лучшие результаты показала абляционная терапия, как к концу первой недели, так и к моменту выписки.

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод что абляционная терапия является более предпочтительным методом, однако требуется расширить выборку и провести более длительное наблюдение, так как собранной нами информации недостаточно для того чтобы сделать окончательный вывод о преимуществе того или иного метода лечения ФП.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Мареев, Ю. В. Эпоха: Эпидемиология фибрилляции предсердий в репрезентативной выборке Европейской части Российской Федерации / Ю. В. Мареев, Д. С. Поляков, Н. Г. Виноградова, И. В. Фомин // Кардиология. – 2022. – Т. 62, № 4. – С. 12–19.

**УДК 616-002.78-052:616.61-036.12-037**

**Д. А.Сидоренко, К. М. Дорошко**

*Научный руководитель: О. Л. Никифорова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **АМБУЛАТОРНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ**

### **Введение**

В настоящее время под подагрой понимают системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия (МУН) в различных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешне-средовыми и/или генетическими факторами [1].

Подагрой в сравнении с женщинами (7:1) чаще болеют мужчины в возрасте старше 40 лет, однако в настоящее время неуклонно растет число пациентов молодого возраста [2]. Частота встречаемости подагры в мире колеблется от 0,1 до 10 %, а заболеваемость составляет от 0,3 до 6 случаев на 1000 человеко-лет. По последним данным, распространенность подагры составляет около 4 % [3].

К клиническим признакам подагры относят рецидивирующие явления острого артрита, и отложение кристаллов МУН в тканях с образованием тофусов.

Для диагностики подагры используются следующие диагностические критерии, разработанные S. L. Wallace и соавторами в 1977 году, одобренные ВОЗ в 2002 году (таблица 1).

Подагра является одним из наиболее распространенных факторов риска развития и прогрессирования хронической болезни почек (ХБП), цереброваскулярных заболеваний, поражения суставов.

Систематический обзор и метаанализ, включающий 13 исследований с участием 190 718 пациентов, показали значительную положительную связь между повышенным уровнем мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови и впервые возникшей ХБП при последующем наблюдении. Было обнаружено, что ГУ является независимым прогностическим фактором развития впервые диагностированной ХБП [4].

Таблица 1 – Диагностические критерии подагры S. L. Wallace и соавт. (1997)

<p>А. Наличие характерных кристаллов мочевой кислоты в суставной жидкости</p>	<p>Б. Наличие тофусов, содержание кристаллов мочевой кислоты в которых подтверждено химически или поляризационной микроскопией</p>	<p>В. Наличие Наличие 6 из 12 перечисленных ниже признаков:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Более одной атаки острого артрита в анамнезе.</li> <li>2. Воспаление сустава достигает максимума в 1 -й день болезни.</li> <li>3. Моноартрит.</li> <li>4. Гиперемия кожи над пораженным суставом.</li> <li>5. Припухание и боль в первом плюсне-фаланговом суставе.</li> <li>6. Одностороннее поражение первого плюснефалангового сустава.</li> <li>7. Одностороннее поражение суставов стопы.</li> <li>8. Подозрение на тофусы.</li> <li>9. Гиперурикемия.</li> <li>10. Асимметричный отёк суставов.</li> <li>11. Субкортикальные кисты без эрозий (рентгенография).</li> <li>12. Отрицательные результаты при посеве синовиальной жидкости</li> </ol>
---	--	---

Учитывая, что  $\frac{2}{3}$  образовавшейся в организме МК экскретируется почками и только  $\frac{1}{3}$  выводится через желудочно-кишечный тракт, снижение функции почек может быть сопряжено с развитием ГУ. В свою очередь, ГУ приводит к отложению солей МК в просвете почечных канальцев, вызывая их обструкцию, а также оказывает прямое токсическое действие на паренхиму почек [5].

Подагрическая (уратная) нефропатия – один из самых распространенных в общей популяции нозологических вариантов ХБП, но далеко не самый частый среди своевременно диагностируемых [6]. Между тем, своевременная диагностика необходима для контроля и предотвращения прогрессирования.

#### **Цель**

Оценить факторы риска и частоту возникновения ХБП у пациентов с подагрой в амбулаторных условиях.

#### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская клиническая поликлиника» филиал 12. Выполнен ретроспективный анализ 30 медицинских карт амбулаторных пациентов (форма 025/у), с клиническим диагнозом «Подагра». Отбор медицинских карт для анализа производился случайно. Дизайн исследования – ретроспективное, поперечное. Оценивались следующие показатели: пол и возраст пациентов, наличие сопутствующих заболеваний, индекс массы тела, а также биохимические показатели МК исследуемых.

#### **Результаты и их обсуждение**

В наблюдаемой когорте преобладали мужчины – 19 человек (57,9 %), женщин – 11 человек (46,3 %). Средний возраст мужчин составил 62 года (sd 11,9). Средний возраст женщин составил 76 лет (sd 10,8).

Средний индекс массы тела составил 31 (sd 2,4), что соответствует 1 степени ожирения. Средний ИМТ у женщин составил 33 (sd 2,7), у мужчин – 29 (sd 2,3). Таким образом, чаще ожирением среди исследуемых страдали женщины.

В исследуемой когорте пациентов подагрический артрит наблюдался у 19 человек (63,3 %), из них мужчин – 68,4 %, женщин – 54,5 %.

Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца и с одинаковой частотой наблюдались как у пациентов с поражением почек, так и без него.

ХБП зафиксирована у 13 человек (43,3 %), 38,4 % мужчин и 61,5 % женщин.

Средний уровень МК в биохимическом анализе крови составил 0,51 (sd 0,07), достоверно значимых различий в среднем уровне МК у мужчин и женщин получено не было. Средний уровень МК у пациентов с ХБП составил 0,57 (sd 0,15), у пациентов без ХБП – 0,45 (sd 0,17).

Нами было установлено, что ГУ, наблюдаемая при подаре, действительно коррелирует с ХБП, и приводит к поражению почек практически у половины пациентов при наличии у них сходных сопутствующих патологий. Различий в оценке риска связи между ГУ и развитием ХБП у мужчин и женщин обнаружено не было.

### **Выводы**

Таким образом, серьезным осложнением подагры является поражение почек. Согласно клиническому протоколу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 522 от 10 мая 2012 года о диагностике и лечении пациентов с ревматическими заболеваниями, всем пациентам с подагрой для более раннего выявления и контроля поражения почек, рекомендовано УЗИ почек 1 раз в год.

Своевременное проведение диспансеризации и динамическая оценка функции почек, включающая биохимический анализ крови, определением скорости клубочковой фильтрации и УЗИ почек позволило бы выявить ХБП на ранней стадии, назначить рациональную терапию и повысить качество жизни пациентов.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Прожерина, Ю. Подагра: новое в клинических рекомендациях / Ю. Прожерина, И. Широкова // Ремедиум. – 2021. – № (2). – С. 58–61.
2. Светлова, М.С. Клинические проявления, диагностика и лечение подагры в практике врача первичного звена / М. С. Светлова // Медицинский совет. – 2020. – (4). – С. 136–142.
3. Беляева, Е. А. Подагра: современные представления / Е. А. Беляева // Клиническая медицина и фармакология. – 2019. – № 5(1). – С. 2–14.
4. Гиперурикемия, подагра и коморбидность / Н. А. Шостак [и др.] // Клиницист. – 2022. – № 16(3). – С. 58–64.
5. Кондрашов, А. А., Клименко, А. А., Шостак, Н. А. Ведение пациентов с подагрой: фокус на поражение почек // Лечебное дело. – 2021. – № (3). – С. 51–57.
6. Фомин, В. В. Подагрическая (уратная) нефропатия // Concilium Medicum. – 2021. – № 23(1). – С. 11–14.

**УДК 616.132-007.64-036.12-07**

**А. В. Сиканова, А. В. Мойсюк**

*Научный руководитель: к.м.н., Н. Г. Кадочкина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ (ТИП 2, ПО ДЕ БЕЙКИ)**

### **Введение**

Аневризма грудной аорты-медленно прогрессирующее заболевание, но потенциально летальное, которое в конечном итоге приводит к разрыву или расслоению. При аневризме атеросклеротического генеза продолжительность жизни 90 % пациентов составляет, в среднем, 2,4 года; а 5 – летняя выживаемость – около 20–25 %. Риск разрыва аневризмы грудной аорты высок – 46–47 %. Заболеваемость составляет 6–10 на 100 тысяч в год, а соотношение мужчин и женщин 2:1–4:1 [1].

### **Цель**

Представить клинический случай пациента с хронической расслаивающей аневризмой аорты (тип 2, по Де Бейки).

### **Материал и методы исследования**

Пациент А., 54 года, поступил в отделение иммунопатологии и аллергологии ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в мае 2013 года.