

Выводы

У 73,9 % женщин с АГ и 71,4 % женщин с АГ и СД отмечалось ожирение.

У женщин с АГ и СД был достоверно выше уровень гемоглобина, липопротеидов низкой плотности, креатинина, показатели диастолического артериального давления в отличие от женщин с АГ без СД.

Высокий уровень гемоглобина приводит к сгущению крови, повышению артериального давления, увеличению риска тромбозов. Повышенный уровень липопротеидов низкой плотности – фактор риска атеросклероза сосудов, а повышенный уровень креатинина, диастолического артериального давления может быть следствием поражения почек, что увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений у женщин с АГ и СД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Hypertension and Diabetes Mellitus: Coprediction and Time Trajectories / Tsimihodimos, Vasilis et al // Indian Journal of Public Health Research and Development. – 2022. – 13(3):110.
2. Obesity, adipose tissue and vascular dysfunction / M. Koenen, M.A. Hill, P. Cohen, J.R. Sowers // Circulation Research. – 2021. – 128(7):951–968.
3. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов учреждений высшего образования / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2021. – 134 с.
4. Нефропатии: учебно-методическое пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов, врачей общей практики, терапевтов / Е. Г. Малаева [и др.] – Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2017. – 76 с.
5. Калькулятор СКФ. Нефрологический экспертный совет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://moscow.nefrosovnet.ru/ru/main/948/scf-calc.html>. – Дата доступа: 14.03.2023.
6. Калькулятор индекса массы тела, ИМТ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://calc.by/weight-and-calories/body-mass-index-calculator.html>. – Дата доступа: 14.03.2023.

УДК 616.12-008.318-073.7

Р. Н. Лисицкий, В. В. Якимовец

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Б. Кривелевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ЖАЛОБ И С АРИТМОГЕННЫМИ ЖАЛОБАМИ

Введение

Каждый практикующий кардиолог согласится, что ощущение перебоев в работе сердца, сердцебиение, слабость и дискомфорт в области сердца являются одними из самых частых жалоб пациентов кардиологического стационара и кардиологического поликлинического отделения. Такие жалобы часто относят к аритмогенным. При этом даже самый опытный врач никогда не будет полностью уверен, какие именно нарушения сердечного ритма стоят за этими жалобами. Именно поэтому на сегодняшний день суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру по-прежнему является обязательным исследованием у таких пациентов [1]. По литературным данным известно, что только у 20 % пациентов удается установить тесную связь между возникающими симптомами и нарушениями ритма сердца. Характерным является то, что у 40 % пациентов в момент возникновения жалоб не выявляются сколь либо существенные нарушения ритма сердца (состояние, обозначенное как «фантомные аритмии»). С другой стороны, у некоторых

пациентов, несмотря на наличие аритмии, жалобы не отмечаются, а нарушение ритма регистрируется случайно во время съемки ЭКГ [2].

Цель

Провести сравнительный анализ результатов Холтеровского мониторирования у пациентов с аритмогенными жалобами и без жалоб.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 100 протоколов Холтеровского мониторирования, в том числе 50 протоколов пациентов с аритмогенными жалобами (1 группа), 50 протоколов пациентов без жалоб (2 группа). Средний возраст обследованных 1 группы – 51 год (78; 27), 2 группы – 46 лет (73; 23). Среди пациентов 1 группы мужчины составляли 34 % (17 человек), женщины – 66 % (33 человека); среди пациентов 2 группы мужчин – 54 % (27 человек), женщин – 46 % (23 человека). Наиболее частые жалобы, предъявляемые пациентами 1 группы: сердцебиение, толчки в сердце, головокружение, покалывание в груди, слабость, одышка, ком в горле.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа протоколов Холтеровского мониторирования обращали внимание на среднесуточную частоту сердечных сокращений (ЧСС), среднюю дневную ЧСС, среднюю ночную ЧСС, циркадный индекс (ЦИ). Полученные результаты представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 – Значение ЧСС у пациентов с наличием жалоб (1 группа)

Значение	Средняя ЧСС день		Средняя ЧСС ночь		Циркадный индекс	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Норма	43,8 %	8,8 %	50,0 %	29,4 %	43,8 %	52,9 %
Выше нормы*	18,8 %	29,4 %	31,3 %	20,6 %	25,0 %	8,8 %
Ниже нормы*	37,5 %	61,8 %	18,8 %	50,0 %	31,3 %	38,2 %

Примечание: – $p < 0,001^*$

Таблица 2 – Значение ЧСС у пациентов без жалоб (2 группа)

Значение	Средняя ЧСС день		Средняя ЧСС ночь		Циркадный индекс	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Норма	14,8 %	0,0 %	37,0 %	26,1 %	44,4 %	30,4 %
Выше нормы*	29,6 %*	8,7 %*	51,9 %	0,0 %	3,7 %	17,4 %
Ниже нормы*	55,6 %	91,3 %	11,1 %	73,9 %	51,9 %	52,2 %

Примечание: – $p < 0,001^*$

Как видно из представленных таблиц достоверное ($p < 0,01$) превышение нормативов среднесуточной ЧСС отмечалось у 18,8 % мужчин и 29,4 % женщин 1 группы, 29,6 % мужчин и 8,7 % женщин 2 группы. Среднечасовое превышение ЧСС отмечалось преимущественно у мужчин 1 и 2 групп (31,3 и 51,9 % соответственно) ($p < 0,01$). Однако, у большинства пациентов обеих групп преобладало достоверное ($p < 0,01$) снижение суточных показателей ЧСС как в дневное, так и в ночное время. Возможно, это связано с тем, что 66 % пациентов 1 группы и 44 % пациентов 2 группы мониторирование проводилось на фоне приема препаратов из групп β -блокаторов и антагонистов кальция. При анализе циркадного индекса, выявилось, что около трети пациентов 1 группы и более половины пациентов 2 группы имеют снижение данного показателя менее 1,2 (норма 1,22–1,44), что свидетельствует о ригидности ритма (вегетативная «денервация» сердца) и является неблагоприятным прогностическим признаком и высоким риском внезапной смерти.

В результате анализа протоколов Холтеровского мониторирования выявлено, что основным нарушением ритма у пациентов, как в первой, так и второй группах была экстрасистолия (таблица 3). Патологической считали экстрасистолию, если у пациента регистрировалось более 100 в сутки суправентрикулярных экстрасистол, более 50 в сутки желудочковых экстрасистол. Как в первой, так и во второй группах суправентрикулярная экстрасистолия встречалась чаще, чем желудочковая. Как видно из представленных таблиц одиночные экстрасистолы (желудочковые и суправентрикулярные) регистрировались у большинства пациентов 1 и 2 групп, причем у пациентов 2 группы их было достоверно больше. У пациентов 1 группы (у мужчин) достоверно чаще встречались парные желудочковые экстрасистолы. Приступы пароксизмальной эктопической тахикардии ощущали в виде перебоев в области сердца и сердцебиения только 37,5 % пациентов 1 группы. Правожелудочковая экстрасистолия в обеих группах регистрировалась чаще. Как видно из таблицы у пациентов 2 группы (мужчины) достоверно чаще регистрировалось сочетание суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии.

Таблица 3 – Структура желудочковой экстрасистолии по данным Холтеровского мониторирования в обследованных группах

Показатель	1 группа		2 группа	
	М (17 пациентов)	Ж (33 пациента)	М (27 пациентов)	Ж (23 пациента)
Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ)	17,6 %	36,3 %	29,6 %	34,8 %
Одиночные ЖЭ	82 %		89 %	
Спаренные ЖЭ	26 %		13 %*	
Короткие пароксизмы желудочковой тахикардии	9 %		3 %	
Над- и желудочковая экстрасистолия	11,8 %	14,4 %	25,9 %*	17,4 %
Правожелудочковые	42,9 %	73,1 %	33,3 %	64,7 %
Левожелудочковые	35,7 %	7,7 %	33,3 %	29,4 %*
Право- и левожелудочковые	21,4 %	21,4 %	33,3 %	5,9 %*
Наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ)	47,1 %	49,3 %	44,4 %	47,8 %
Одиночные НЖЭ	54 %		76 %*	
Спаренные НЖЭ	46 %		38 %	
Короткие пароксизмы суправентрикулярной тахикардии	32 %		24 %	

Примечание – $p < 0,05^*$

При анализе variability ритма сердца отмечено, что у пациентов с жалобами и без жалоб преобладает влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) на сердечный ритм, что является фактором риска внезапной сердечной смерти у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). Кроме этого, снижение variability ритма считается дополнительным показателем электрической нестабильности миокарда.

Анализируя наличие поздних потенциалов предсердий (ППП) и желудочков (ППЖ), отмечено, что в группе пациентов с жалобами только 1 пациент (2 %) имел ППЖ и 3 пациента (6 %) – ППП. Во второй группе ППЖ не зарегистрированы, а ППП отмечались у 10 % пациентов. Наличие поздних потенциалов создает условия к возникновению феномена re-entry, являющегося основной причиной злокачественных желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма.

Выводы

1. Нарушения ритма сердца в виде суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии встречаются практически с одинаковой частотой у пациентов с аритмогенными

ми жалобами и без жалоб (достоверной разницы не получено). У пациентов обеих групп чаще регистрировались одиночные суправентрикулярные экстрасистолы.

2. У большинства пациентов обеих групп отмечалось достоверное снижение среднесуточной ЧСС. В то же время повышенные значения дневной ЧСС преобладают у женщин из группы пациентов с наличием жалоб, а у пациентов с их отсутствием – у мужчин.

3. У пациентов 1 и 2 групп отмечается снижение циркадного индекса и преобладает влияние симпатического отдела ВНС на сердечный ритм, что является признаками электрической нестабильности миокарда.

4. Назначение Холтеровского мониторирования является обязательным не только у пациентов с аритмогенными жалобами, но и при случайном выявлении аритмии на ЭКГ у пациентов без жалоб.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голицын, С. П. Наджелудочковые нарушения ритма сердца: диагностика, лечение, профилактика осложнений / С. П. Голицын // Практическое руководство для врачей. – Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. – 112 с.

2. Недоступ, А. В. Как лечить аритмии. Нарушения ритма и проводимости в клинической практике / А. В. Недоступ, О. В. Благова. – 9-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2019. – 367 с.

УДК 616.132.2-089+616.126.3-089]-052-06

К. В. Лукашевич

*Научные руководители: ассистент Е. А. Акулова;
к.м.н., доцент Н. А. Никулина*

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

ПОСТКАРДИОТОМНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Введение

Посткардиотомный синдром (ПКТС) – воспалительное заболевание с поражением перикарда и плевры, осложняющее течение постоперационного периода в кардиохирургии. Высокая эффективность кортикостероидов позволяет предположить аутоиммунную природу ПКТС. Как правило, дебют заболевания приходится на 1–2 неделю после операции на сердце [1].

Существует теория, что травма в следствии хирургического вмешательства и экстракорпоральное кровообращение приводят к возникновению большого количества антигенов, тесно связанных с развитием аутоиммунного и/или аутовоспалительного процесса. Так же, выраженность системного воспалительного процесса определяется не только объемом травматического повреждения перикардиальных и плевральных структур, но и адаптивными возможностями иммунной системы пациента и наличием у него генетической предрасположенности. Мониторинг степени тяжести системного воспалительного ответа осуществляется путем определения сывороточного уровня С-реактивного белка (СРБ), синтез которого контролируется интерлейкином-6 (IL-6) и фактором некроза опухоли а (TNF-а) [2].

ПКТС не имеет специфичных клинических проявлений и состоит из симптомов общей интоксикации и признаков вовлечения в процесс листков плевры и перикарда, а также зависит от количества экссудата в плевральной и перикардиальной полостях. Тем не