

моглобина и Т-критерием правой и левой шеек бедренных костей ( $r = -0,34$ ,  $p < 0,05$  и  $r = -0,33$ ,  $p < 0,05$ , соответственно).

Таблица 2 – Показатели денситометрии в зависимости от степени компенсации СД

Показатель	HbA1c < 9 %, n = 27	HbA1c > 9 %, n = 23	p
Т-критерий $L_1-L_4$	$-0,67 \pm 1,16$	$-1,13 \pm 1,1$	<b>&lt; 0,05</b>
Т-критерий пр. ШБК	$-0,74 \pm 1,29$	$-1,6 \pm 0,78$	<b>&lt; 0,05</b>
Т-критерий лев. ШБК	$-0,63 \pm 1,3$	$-1,63 \pm 0,91$	<b>&lt; 0,05</b>

### **Выводы**

1. Снижение минеральной плотности костной ткани встречается у пациентов как с СД 1 типа, так и с СД 2 типа. При этом у больных с СД 1 типа несколько чаще выявляют остеопороз, чем у больных СД 2 типа. У лиц с СД 2 типа именно остеопения является наиболее характерным признаком патологии костной ткани.

2. Пол и возраст пациентов, а также длительность заболевания не влияют на развитие остеопенического синдрома.

3. Пациенты с HbA1c > 9 % достоверно имеют более высокий Т-критерий поясничного отдела и шеек бедренных костей ( $p < 0,05$ ). Выявлена связь между уровнем гликированного гемоглобина и Т-критерием правой и левой шеек бедренных костей ( $r = -0,34$ ,  $p < 0,05$  и  $r = -0,33$ ,  $p < 0,05$ , соответственно).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Вёрткин, А. Л. Остеопороз : учеб. пособие / А. Л. Вёрткин, А. В. Наумов. – М. : Эксмо, 2015. – 24 с.
2. Long-Term Risk of Osteoporotic Fracture in Malmö [Electronic resource] / Kanis, [et al.]. – Osteoporos Int 11 , 2000: 669–674 – Mode of access : <https://doi.org/10.1007/s001980070064> - Date of access: 01.03.2023.
3. Мохорт, Т. В. Эндокринология : учебник / Т. В. Мохорт, З. В. Забаровская, А. П. Шепелькевич. – Минск : Вышэйшая школа, 2015. – 417 с.
4. Возможности костной рентгеновской денситометрии в клинической практике / И. А. Скрипникова [и др.] // «Остеопороз и остеопатия». – 2015. – № 2. – С. 14–19.

**УДК 616.124.2-008.64-036.11-082.4**

**А. М. Данильчик**

*Научный руководитель: ассистент кафедры Н. В. Халецкая*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОЛЖН**

### **У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

#### **Введение**

Острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) – это клинический синдром, обусловленный остро возникшим нарушением систолической и/или диастолической функции левого желудочка. ОЛЖН характеризуется резким снижением сердечного выброса и застоем в малом круге кровообращения. Может проявляться в виде: сердечной астмы (интерстициального отека легких), альвеолярного отека легких, кардиогенного шока [1, 2].

Наиболее частые причины ОЛЖН – это острая ишемия миокарда, резкое повышение артериального давления (АД), аритмии, миокардиты, поражения клапанного аппарата сердца. В пожилом возрасте основная причина развития ОЛЖН – ишемическая болезнь сердца (ИБС), а в молодом возрасте – пороки сердца и миокардиты [4, 5].

Распространенность среди населения европейских стран такой патологии как ОЛЖН составляет около 0,4–2,0%. Летальность при этом, в том числе и при отеке легких, составляет 50–80 % [5].

### **Цель**

Провести анализ архивных данных пациентов с диагнозом ОЛЖН. Выявить основные причины развития патологического состояния, половую и возрастную принадлежность, клинические проявления, лечение и исход заболевания.

### **Материал и методы исследования**

Теоретический и сопоставительный анализ собранных материалов.

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

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ проводился на базе УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Данные были собраны среди архивных историй за 2020 год из числа пациентов с диагнозом ОЛЖН отделения анестезиологии и реанимации. Всего было выявлено 10 пациентов – 3 (30 %) мужчин и 7 (70 %) женщин. Средний возраст пациентов составил 73,1 года. При этом значимой гендерной разницы в возрасте не выявлено. Преобладали пациенты старше 65 лет – 6 человек (60 %). Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Половозрастная группа пациентов

Пациенты	Пол	Возраст
1	Жен.	49
2	Жен.	93
3	Муж.	63
4	Муж.	83
5	Жен.	57
6	Жен.	84
7	Жен.	60
8	Муж.	67
9	Жен.	81
10	Жен.	94

При анализе причин было выявлено, что на фоне гипертонического криза ОЛЖН развивалась у 2 (20 %) пациентов, на фоне инфаркта миокарда также у 2 (20 %) пациентов и у 2 (20 %) пациентов на фоне стенокардии. Пароксизмы нарушения ритма сердца такие как желудочковая тахикардия в 1 (10 %) случае и фибрилляция предсердий 1 (10 %) случай послужили причиной ОЛЖН. У 1 (10 %) пациента ОЛЖН развивалась на фоне ранее перенесенного ИМ в 2018 г. в сочетании со стабильной стенокардией напряжения ССН ФК2, недостаточностью МК 3 ст. и частой SV экстрасистолией. У 1 (10 %) пациента ОЛЖН развивалась на фоне ИБС и постоянной формы фибрилляции предсердий, недостаточности МК 2–3 ст., АоК 2 ст., ТК 3–4 ст., артериальной гипертензии 3 ст. Следует отметить, что данный пациент в последующем был переведен в неврологическое отделение с кардиоэмболическим инфарктом головного мозга СМА справа. Данные представлены в таблице 2.

Недостаточность митрального клапана 2–3 степени отмечена у 8 (80 %) пациентов. Реже наблюдалась недостаточность аортального клапана 1–2 степени в 6 (60 %) случаях. Недостаточность трикуспидального клапана 2–4 степени была отмечена у 3 (30 %) пациентов и во всех случаях она сочеталась с недостаточностью митрального и аортального клапана.

Таблица 2 – Основные причины развития ОЛЖН

Пац.	Причины	АД при поступл. мм рт. ст	Боль в сердце	Одышка	Исход
1	Гипертонический криз 2 порядка осложненный ОЛЖН. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. ИБС: АСКС. Недостаточности митрального клапана 2 степени. Расширение восходящего отдела аорты	220/120	+	+	Вып.
2	Крупноочаговый передне-перегородочный-верхушечно-боковой ИМ левого желудочка	150/90	–	+	Вып.
3	Пароксизм желудочковой тахикардии. ИБС: АСКС. ССН ФК2. Недостаточности МК 2 ст.	164/97	+	+	Вып.
4	ИБС: постинфарктный кардиосклероз. ССН ФК2. Стентирование ПМЖВ 2018 г. Недостаточности МК 3 ст. Частая SV экстрасистолия	120/60	–	+	Вып.
5	Пароксизм фибрилляции предсердий ИБС: АСКС. Пароксизмальна форма ФП. Недостаточность МК 3 ст, Аок 1 ст.	130/90	–	+	Вып.
6	ИБС: АСКС. Постоянная форма фибрилляции предсердий (нормосистолический вариант). Недостаточность МК 2–3 ст., Аок 2 ст., ТК 3–4 ст. Артериальная гипертензия 3 ст, риск 4. Инфаркт головного мозга СМА справа	180/110	–	+	Перев
7	ИБС: АСКС. ССН ФК2. Недостаточности МК 2 ст. ТК 2 ст, Аок 2 ст. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 4	140/80	+	+	Вып.
8	ИБС: АСКС. Нестабильной стенокардии напряжения. Недостаточности МК 3 ст., Аок 2 ст, Тк 2 ст. Артериальная гипертензия 2 ст, риск 4	140/80	+	+	Вып.
9	Гипертонический криз 2 порядка осложненный ОЛЖН. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. ИБС: АСКС. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Недостаточности аортального клапана 2 степени. Расширение восходящего отдела аорты	200/110	–	+	Вып.
10	Субэндокардиальный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Недостаточности МК 3 ст, Аок 2 ст. Фибрилляция предсердий (постоянный вариант). Синдром Фредерике	110/70	–	+	Вып.

Все пациенты были доставлены в учреждение здравоохранения по экстренным показаниям на машине скорой помощи. При поступлении в стационар на боль в сердце жаловались 4 (40 %) пациента. У всех 10 (100 %) пациентов была одышка. Наличие симптома кровохаркания у пациентов не установлено.

Проводился анализ свертываемости крови. Среднее значение МНО составило 1,06–1,54.

При анализе данных эхокардиографии сравнивался показатель фракция выброса в 2 режимах. Значения варьировали в М-режиме от 53 до 73 %, в В-режиме от 51 до 71 %.

Лечение пациентов в отделении анестезиологии и реанимации соответствовало постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06 июня 2017 г. № 59. Применялась оксигенотерапия. При систолическом АД выше 100 мм рт. ст. проводилась инфузия Sol. Nitroglycerini с начальной скоростью от 1 до 5 мкг/минуту. Вводилась Sol. Furosemidi 1 % – 4–10 ml. внутривенно. Для купирования психоэмоционального возбуждения, уменьшения одышки при ОЛЖН, а также болевого синдрома на фоне инфаркта миокарда применяли Sol. Morphini 1 % – 1 ml. с Sol. NaCl 0,9 % – 10–20 внутривенно дробно по 4–10 мл каждые 5–15 мин. При купировании гипертонического криза

использовали Sol. Enalaprilat 0,125 % раствор 1 ml. (1,25 мг) внутривенно медленно в разведении 1:10. и Sol. Tachyben 0,5 % – 5–10 ml. внутривенно. Для купирования нарушений ритма сердца использовали Sol. Amiodaroni 5 % – 3 ml. внутривенно.

На фоне лечения 9 (90 %) пациентов имели благоприятный исход и были выписаны из отделения анестезиологии и реанимации с улучшением состояния, 1 (10 %) пациент был переведен в отделение неврологии.

### **Выводы**

1. В ходе работы были выявлены гендерные и возрастные особенности развития ОЛЖН. Среди пациентов преобладали женщины – 7 (70 %). Средний возраст пациентов составил 73,1 года. Это подтверждает, что после наступления менопаузы у женщин кардиоваскулярный риск резко увеличивается.

2. Причинами развития ОЛЖН стали: ИМ – 20 %, нестабильная стенокардия – 20 %, гипертонические кризы – 20 %, пароксизмальные нарушения ритма – 20 %, а также сочетание ИБС с недостаточностью митрального клапана 2–3 степени отмечено в 80 % и недостаточность аортального клапана 1–2 степени в 60 % случаев.

3. Показатель фракция выброса левого желудочка в 2 режимах варьировал в М-режиме от 53 до 73 %, а в В-режиме от 51 до 71 %, но значительного снижения показателя ниже 50 % не отмечалось.

4. Показатель МНО в исследуемой группе составил 1,06–1,54, что указывает о недостигнутом целевом значении данного показателя у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий и вероятной кардиоэмболической причине инфаркта головного мозга у 1 пациента.

5. Правильная интерпретация жалоб пациента и экстренная доставка в профильное лечебное учреждение значительно улучшают прогноз пациентов с развитием ОЛЖН.

6. Лечение, проводимое согласно постановлению МЗ РБ от 06.06.2017 № 59 имело благоприятный исход в 90 % проанализированных случаев.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Базовый курс интенсивной терапии: учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечеб. дело» / под ред. Р. Э. Якубцевича. – Гродно : ГрГМУ, 2017. – 171 с.
2. Внутренние болезни: учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по спец. «Лечеб. дело»: в 2 ч. / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – Минск: Новое знание, 2018. – Ч. 1. – 704 с.
3. Диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения [Электронный ресурс]: клинический протокол: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь от 06 июня 2017 г. № 59 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21732103p&rp1=1> – Дата доступа: 24.03.2023.
4. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – 134 с.
5. Чазов, Е. И. Неотложная кардиология / Е. И. Чазов, С. Н. Терещенко, С. П. Голицын. – М.: Эксмо, 2011. – 224 с.

**УДК 616.153.857:616.1-07]-052-06**

**В. Д. Дашкевич, К. А. Свидрицкая**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Кононова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ – МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

### **Введение**

Бессимптомная гиперурикемия (ГУ) – повышенный уровень мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови без подагрического артрита, тофусов или уратных камней в почках.