

УДК 616.153.857-052-06

*О. Н. Кононова, Е. С. Махлина, А. В. Коротаев, Я. Л. Навменова,
Н. В. Николаева, Н. В. Василевич*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

БЕССИМПТОМНАЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОСТЬЮ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНТЕРНИСТА

Введение

В последнее время во многих странах мира наблюдается тенденция к увеличению распространенности гиперурикемии (ГУ), которая, как оказалось, имеет широкий диапазон влияния на развитие и прогрессирование целого ряда заболеваний в практике врача-интерниста. Повышение ее уровня в сыворотке крови определяется как ГУ, а при отсутствии признаков подагрического артрита ГУ считается бессимптомной (БГУ).

Экспериментальные и клинические исследования доказали высокую ассоциацию ГУ с различными коморбидными состояниями. Имеются прямые патогенетические связи повышенного уровня мочевой кислоты (МК) с формированием и прогрессированием патологии сердечно-сосудистой системы, поражением опорно-двигательного аппарата, болезнями почек и метаболическим синдромом, что свидетельствует о том, что БГУ становится общетерапевтической проблемой. К настоящему времени накоплено огромное количество работ, в том числе крупных метаанализов, подтверждающих выраженную ассоциацию между ГУ и артериальной гипертонией, гипертрофией левого желудочка, ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, фибрилляцией предсердий, инсультом, сахарным диабетом, метаболическим синдромом, хронической болезнью почек [1, 2]. Результаты популяционного исследования NHANES (National Health And Nutrition Examination Survey) продемонстрировали, что развитию и более тяжелому течению сердечно-сосудистых заболеваний способствует не только подагра, но и БГУ [3]. Согласно данным целого ряда исследований, риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий может повышаться при уровне $МК > 300$ мкмоль/л (5 мг/дл) [1]. Не вызывает сомнений представление о бессимптомной ГУ как о важном предикторе неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов. Ее обнаружение диктует необходимость проведения скрининга на наличие нарушений углеводного, липидного обмена, хронической болезни почек, выявление скрытых сердечно-сосудистых заболеваний и субклинических признаков атеросклероза.

Цель

Провести оценку влияния показателей метаболического контроля на наличие БГУ у пациентов с коморбидной патологией (КП).

Материал и методы исследования

Обследованы 80 пациентов с КП в возрасте $61,69 \pm 11,48$ лет (26 мужчин – 33% и 54 женщин – 67%) находящихся на стационарном лечении в терапевтическом и эндокринологическом отделениях ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». С учетом наличия БГУ пациенты были

разделены на группы: 1-я группа – пациенты без БГУ (n=39), 2-я группа пациенты с БГУ (n=41). Пациентам были проведены антропометрические исследования: расчет индекса массы тела (ИМТ), определение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), расчет индексов ОТ/ОБ и ОТ/рост. Биохимическое исследование крови с определение показателей липидного обмена (общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП)), креатинина, мочевой кислоты и цистатина С выполнялось на автоматизированной системе Cobas 6000 закрытого типа для фотометрических тестов, модуль с 501 (производства Roche Diagnostics GmbH, Германия). ХС-неЛПВП определен как разница ОХ и ХС-ЛПВП. Для расчета скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-ЕРІ были использованы параметры: уровень креатинина, возраст, пол, раса. Для определения микроальбуминурии (МАУ) использован метод иммунотурбидиметрии. Референсные значения МАУ 0–20 мг/л в разовой порции мочи. Статистическая обработка массива данных выполнена с помощью статистической программы STATISTICA 10.0 (StatSoft, GS35F5899H). Средние величины представлены в формате медианы (Me) и квартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). В качестве критерия статистической достоверной значимости результатов рассматривается уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Проводя анализ данных между изучаемыми группами с учетом наличия БГУ были выявлены значимые различия по значению ИМТ (1-я группа 30,66 [26,55;34,44] кг/м²; 2-я группа 34,57 [30,66;38,56] кг/м²), ОТ (1-я группа 97,00 [84,00;112,00] см; 2-я группа 110,00 [92,00;120,00] см), ОБ (1-я группа 108,00 [102,00;116,00] см; 2-я группа 115,00 [107,00;120,00] см), индекс ОТ/рост (1-я группа 0,57 [0,48;0,66]; 2-я группа 0,68 [0,55;0,73]), уровню ТГ (1-я группа 1,40 [1,16;2,11] ммоль/л; 2-я группа 1,90 [1,34;2,70] ммоль/л) $p < 0,05$. Значимых различий между группами по возрасту пациентов (1-я группа 63,00 [58,00;69,00] кг/м²; 2-я группа 64,00 [55,00;73,00] кг/м²), ОТ/ОБ (1-я группа 0,88 [0,80;1,02]; 2-я группа 0,95 [0,88;1,03]), уровню ЛПВП (1-я группа 1,41 [1,03;1,70] ммоль/л; 2-я группа 1,30 [1,04;1,52] ммоль/л), уровню ЛПНП (1-я группа 2,66 [1,79;3,45] ммоль/л; 2-я группа 3,17 [2,27;3,80] ммоль/л), значению рСКФ (1-я группа 75,03 [57,87;93,28] мл/мин; 2-я группа 71,72 [51,22;87,98] мл/мин), МАУ (1-я группа 18,00 [11,00;34,00] мг/л; 2-я группа 24,00 [15,00;52,00] мг/л) получено не было ($p > 0,05$).

Далее для оценки степени влияния показателей метаболического контроля на наличие БГУ у пациентов с КП, проведен статистический анализ методом множественной линейной регрессии с пошаговым включением показателей в статистический анализ (таблица 1).

Таблица 1 – Оценка степени влияния показателей метаболического контроля на наличие БГУ у пациентов с КП

Показатель	β	p
ИМТ, кг/м ²	-0,176	0,348
ОТ, см	0,260	0,245
ОБ, см	0,298	0,038
ТГ, ммоль/л	0,211	0,042
Значимость модели	F=5,40;p=0,001	

Так, уровень ТГ и ОБ в большей степени влияют на наличие БГУ у пациентов с КП. Применяя методику ROC анализа, пороговое значение ОБ составило более

110 см (AUS 0,668; $p < 0,001$; чувствительность 56,10% [95% ДИ 39,7;71,5], специфичность 75% [95% ДИ 58,8;87,3], $p = 0,005$), пороговое значение ТГ составило более 1,82 ммоль/л (AUS 0,654; $p < 0,001$; чувствительность 56,10% [95% ДИ 39,7;71,5], специфичность 75% [95% ДИ 58,8;87,3], $p = 0,013$).

Заключение

Следует отметить, что БГУ связана с избытком веса с учетом композиционного состава тела, атерогенной дислипидемией за счет гипертриглицеридемии. Учитывая то, что БГУ является предиктором неблагоприятных кардиометаболических исходов, своевременный скрининг БГУ у пациентов с коморбидностью позволит на раннем этапе решить вопросы по коррекции данного состояния и улучшить прогнозы заболевания в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Консенсус по ведению пациентов с гиперурикемией и высоким сердечно-сосудистым риском / Ю. В. Жернакова [и др.] // Системные гипертензии. – 2019. – № 16(4). – С. 8-21. <https://doi.org/10.26442/2075082X.2019.4.190686>.
2. «В фокусе гиперурикемия». Резолюция Совета экспертов / В. И. Мазуров [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – № 22(4). – 3564 с. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3564>.

УДК 616.124.3-052:[616.98:578.834.1]-06

Н. Б. Кривелевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПНЕВМОНИЮ COVID-19 – 2 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ

Введение

Во время пандемии коронавирусной инфекции 2019 г. (COVID-19) всего в мире заразилось 682 041 292 человека, зарегистрировано смертей: 6 907 106. 10 марта 2023 г. Университет Джона Хопкинса прекратил сбор и представление глобальных данных о COVID-19. По статистическим данным в Беларуси заболели коронавирусом 994 037 (10,5% населения), смертельные случаи 7 118 (0,7%), привито около 70% пациентов.

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19), вызываемая вирусом SARS-CoV-2, характеризовалась мультисистемными осложнениями. В большинстве случаев COVID-19 манифестировал симптомами поражения дыхательной системы, но и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы встречались нередко. Поражение сердечно-сосудистой системы встречалось у пациентов с COVID-19 в 20–30% случаев. По данным И. В. Маева и соавторов в основном описаны артериальные и венозные тромбозы, острое повреждение миокарда, миокардит, нарушения сердечного ритма [1]. Учитывая высокую распространенность сердечно-сосудистых осложнений COVID-19, для оптимизации реабилитации пациентов используется термин «пост-острые последствия инфекции SARS-CoV-2» (post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection, PASC) [2]

В связи с этим изучение сердечно-сосудистого статуса пациентов, перенесших COVID-19, необходимо как для разработки оптимальных тактик лечения и методов реабилитации, так и для прогнозирования последствий пандемии.