

34,57 [30,66; 38,56] кг/м²; p<0,05) с учетом композиционного состава тела (ОТ 1-я группа 97,00 [84,00; 112,00] см; 2-я группа 110,00 [92,00; 120,00] см; p < 0,05), 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). Достоверных различий между группами по возрасту пациентов, уровню ЛПВП, значению рСКФ, цистатину, МАУ получено не было (p>0,05).

Оценивая возрастной состав пациентов с учетом наличия БГ, основной процент случаев БГ пришелся на возрастную категорию пациентов среднего и пожилого возраста (с 45 лет до 59 лет и с 60 лет до 74 лет). Так пациенты с БГ были распределены следующим образом: до 45 лет – 5 пациентов (12%), от 45 до 59 лет – 13 пациента (32%), от 60 до 74 лет – 16 пациентов (39%) и старше 75 лет – 7 пациентов (17%).

С учетом гендерного фактора и БГ пациенты были распределены следующим образом: у 53% женщин и 46% мужчин – выявлена БГ.

Проводя оценку ИМТ с учетом, наличия БГ отмечено, что ИМТ, превышающий целевые значения (более 30 кг/м²) составил 88% случаев. Так выявлено, что у 2% пациентов не отмечен избыток веса, у 10% пациентов избыточный вес, ожирение 1 ст. у 39% пациентов, ожирение 2 ст. у 22% пациентов – и ожирение 3 ст. у 27% пациентов (p<0,05).

Оценивая уровень триглицеридов в группе пациентов с БГ, целевые значения не были достигнуты в 93% случаев (p < 0,05).

С учетом рСКФ и наличия БГ у 49% пациентов было установлено ХБП С1, у 51% пациентов ХБП С2.

Выводы

У 51% пациентов с АГ, преимущественно среднего и пожилого возраста, отмечена БГ независимо от пола пациентов. БГ связана с избытком веса (у 88% пациентов) с учетом композиционного состава тела, атерогенной дислипидемией за счет гипертриглицеридемии (у 93% пациентов) и степенью АГ. Учитывая то, что БГ является предиктором неблагоприятных кардиометаболических исходов, своевременный скрининг БГ у пациентов с АГ позволит улучшить прогнозы заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases, lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people / E. Rapsomaniki [et al.] // *Lancet*, 2014. – № 383. – P. 899–911. DOI:10.1016/S0140-6736(14)60685-1.
2. *Loyola Correa, T.* Association between serum urate and inflammatory markers in young adults: cross-sectional findings from a birth cohort / T. Loyola Correa, I. Oliveira // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2021. – № 80. – P. 1004.2–1004.10.
3. В фокусе гиперурикемия / О. М. Драпкина [и др.] // Резолюция Совета экспертов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2023. – № 22(4). – С. 3564.
4. Expert consensus for the diagnosis and treatment of patient with hyperuricemia and high cardiovascular risk / C. Borghi [et al.] // *Cardiol J.* – 2021 – № 28(1). – P. 1–14.

УДК 616.34-002(476.2-25)

Д. Д. Кухленкова, А. С. Лежайко

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева, к.м.н., доцент Е. В. Цитко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ГОРОДЕ ГОМЕЛЕ

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) являются глобальной проблемой здравоохранения, что обусловлено устойчивым ростом заболеваемости данной патоло-

гии. ВЗК включают в себя две основные формы: язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК). В отличие от БК при ЯК воспаление ограничено в пределах слизистой оболочки, распространено непрерывно. Для БК характерно прерывистое трансмуральное воспаление с поражением любой части ЖКТ [1].

Этиология ВЗК на сегодняшний день остается мало изученной. Заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, факторы окружающей среды, кишечные инфекции и нарушения микробиоценоза [2].

Наиболее частые проявления (как при язвенном колите, так и при болезни Крона) – это хроническая диарея, стул с примесью крови и слизи, абдоминальная боль, снижение массы тела [3]. Особую значимость несут внекишечные проявления данной категории заболеваний, которые могут появляться за годы до развития кишечной симптоматики [4]. Основной группой препаратов для индукционной терапии ЯК являются препараты 5-АСК. Поддерживающую терапию препаратами 5-АСК рекомендуется проводить длительно. Кортикостероиды используются при неэффективности препаратов 5-АСК, их непереносимости или высокой активности заболевания [5, 6].

Цель

Изучить особенности течения язвенного колита и болезни Крона в городе Гомеле.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Проведен ретроспективный анализ 35 медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении в 2023 году. Из них 22 случая приходится на ЯК и 13 случаев – на БК. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследуемых пациентов с ЯК было выявлено 12 (54,55%) мужского пола и 10 (45,45%) женского. Анализируя пациентов с БК, отмечено, что 6 (46,15%) пациентов относятся к лицам мужского пола и 7 (53,85%) – к лицам женского пола. Средний возраст всех обследуемых составил 42,9 лет. Средний возраст лиц мужского пола составил – 40,7 лет, а женского – 45,3 лет.

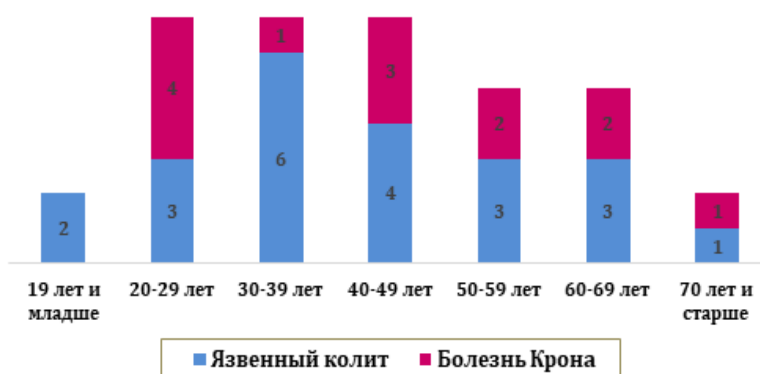


Рисунок 1 – Распределение пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона по возрастным группам

Впервые выявленный язвенный колит наблюдался у 3 (13,6%) пациентов. Первые симптомы заболевания более 1 года назад отмечались у 5 (22,7%) пациентов, более 5 лет назад –

у 7(31,8%) пациентов. Первые проявления болезни Крона более 1 года были у 5 (38,5%) пациентов, более 2 лет назад у 4 (30,7%) и более 10 лет назад у 2 (15,4%) пациентов.

Основными жалобами при ЯК и БК были вздутие живота (48,6%), жидкий стул с частотой до 4–15 раз в сутки (51,4%). У 16 (45,71%) с примесью крови. У 14 пациентов (40%) среди общих жалоб отмечалась слабость и у 3 (8,6%) потеря в весе.

При язвенном колите поражение дистальных отделов кишечника наблюдалось у 13 (59,1%) пациентов, тотальное поражение у 6 (27,3%) пациентов и поражение сигмовидной кишки у 3 (13,6%) пациентов. По локализации поражения при болезни Крона: у 3 (25%) пациентов тонкокишечное поражение, у 4 (30,8%) илеоколит, у 4 (30,8%) колит, у 2 (15,4%) терминальный илеит.

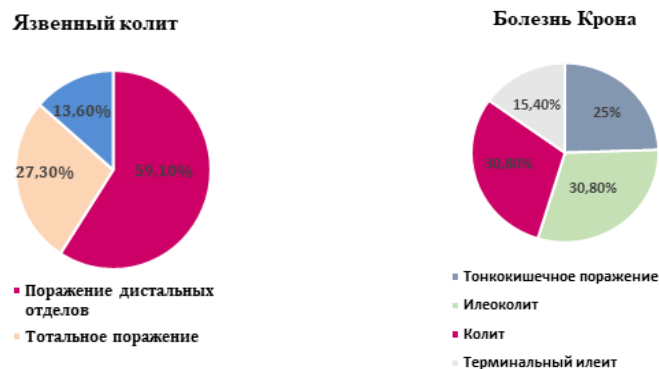


Рисунок 2 – Распределение пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона по частоте выявления локализации поражения

Наиболее часто в двух группах наблюдалось течение заболевания средней степени тяжести – 77,1%. Легкая степень активности заболевания отмечалась у 14,3%. Тяжелое течение встречалось в 8,6% случаев.

Хронический гастрит без атрофии наблюдался у 18 (51,4%) пациентов. Среди сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы у 9 (25,7%) пациентов отмечалась АГ, у 5 (14,3%) – ИБС. Заболевания печени были выявлены у 5(14,2%) пациентов: у 3 (8,6%) неалкогольная жировая болезнь печени, у 2 (5,7%) гемангиома печени.

Выводы

1. Язвенный колит и болезнь Крона с одинаковой частотой встречается у мужчин (51,4%) и женщин (48,6%).
2. Большую часть пациентов составили лица среднего возраста 30–39 лет (27,27%) при ЯК и лица молодого возраста 20–29 лет (30,7%) при БК.
3. При язвенном колите наиболее часто отмечалось поражение дистальных отделов кишечника (59,1%), при болезни Крона с одинаковой частотой диагностирован илеоколит и колит – 30,8%.
4. Коморбидной патологией у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника являлись хронический гастрит (51,4%), заболевания печени (14,2%), заболевания сердечно-сосудистой системы (25,7%).
5. Средняя продолжительность стационарного лечения у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника составила 15 койко-дней.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болотова, Е. В. Современные представления о механизмах развития и предикторах тяжести язвенного колита / Е. В. Болотова, К. А. Юмукян, А. В. Дудникова // Доктор.Ру. – 2022. – № 21(2). – С. 34–39.
2. Луговкина, А. А. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита / А. А. Луговкина, Л. О. Рудакова, Н. А. Крюкова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 164 (4). – С. 10–16.

3. Маев, И. В. Патоморфоз воспалительных заболеваний кишечника / И. В. Маев, Ю. А. Шельгин, М. И. Скалинская // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2020. – № 75(1). – С. 27–35.

4. Давыдова, А. Я. Внекишечные проявления болезни Крона: трудный путь к диагнозу / А. Я. Давыдова, Р. В. Репникова // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2020. – № 5(2). – С. 119–122.

5. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие для студентов субординатуры по терапии / Е. Г. Малаева. – Минск: Новое знание, 2016. – 310 с.

6. Тестовые задания по внутренним болезням: учеб.-метод. пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2015. – 80 с.

УДК 616.379-008.64+616.12-005.4]-098

А. А. Лабушева, В. Р. Скоблик

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Введение

На сегодняшний день эндокринопатии и сердечно-сосудистые патологии являются одними из лидирующих заболеваний в Беларуси и мире в целом, которые беспокоят пациентов. В частности, из данных категорий можно выделить основные заболевания, которые встречаются чаще остальных и несут весьма негативные последствия – это сахарный диабет второго типа (СД 2 типа) и ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Статистические данные из научных исследований свидетельствуют, что пациентов с СД 2 типа с каждым годом все больше. В пользу этого факта имеются следующие показатели: за 2006 год порядка 194 миллионов человек имело эту патологию, а в 2025 прогнозируется более 300 миллионов пациентов. Также следует подчеркнуть, что в данной группе риска повышается вероятность развития ИБС в 2–4 раза [1, 4]. Кроме всего перечисленного, множество зарубежных авторов (М. Dellborg, А. Svensson и другие) с помощью многолетнего скрининга доказали, что у больных диабетом в 1,5 раза возрастает частота инфарктов миокарда (ИМ), сердечной недостаточности (СН), острой недостаточности мозгового кровообращения (ОНМК) с внезапной смертью в сравнении с пациентами без СД.

Комплекс СД и ИБС является причиной 70% госпитализаций и 75% летальных исходов, при этом выраженность осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) прямо пропорциональна степени выраженности метаболических нарушений, индуцированных диабетом [2, 3].

Невзирая на многочисленные научные труды на эту тематику, множество аспектов остаются до конца не изученными. В связи с этим дальнейшие исследования данной темы являются целесообразными.

Цель

Изучить анамнестические данные, а также особенности метаболических процессов у пациентов с ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования

В ходе исследования нами изучено 100 медицинских карт стационарных пациентов, из них 50 человек с диагнозом ИБС, ассоциированным с СД 2 типа (25 женщин и 25 мужчин), и 50 человек с диагнозом ИБС, не ассоциированным с СД 2 типа с таким же соотношением женщин и мужчин. Средний возраст пациентов составил $60,51 \pm 2,03$ года.