

часто нарушения ритма сердца наблюдаются при различных причинах, из которых самыми значимыми являются постинфарктный или атеросклеротический кардиосклероз – вследствие замещения миокарда рубцовой тканью.

В ходе исследования установлено, что при увеличении нагрузки на левое и правое предсердие и левый желудочек, гипертрофии левого желудочка, наличия формирующейся недостаточности клапанов при применении инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭХО-КГ) с большей частотой наблюдается проявление трепетания предсердий. При отсутствии нагрузки на ЛП с большей частотой наблюдаются наджелудочковые экстрасистолы и единичные желудочковые экстрасистолы без явлений трепетания предсердий.

Аритмии являются важным состоянием, своевременная диагностика и лечение которой необходима для предотвращения осложнений и лучшего качества жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кушаковский, М. С. Аритмии сердца. Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Руководство для врачей / М. С. Кушаковский, Ю. Н. Гришкин. – М. : Фолиант, 2014. – 720 с.

УДК 616.153.857:616.12-008.331.1

А. А. Кухарева

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

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

ОЦЕНКА НАЛИЧИЯ БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) [1]. Достижение целевых уровней артериального давления является крайне важной, но не единственной задачей, стоящей перед врачом при лечении пациентов с АГ.

Перечень факторов, определяющих сердечно-сосудистый риск, постоянно обновляется с выходом новых рекомендаций по АГ, что требует дополнительного наблюдения за ними и мероприятий, направленных на их устранение или замедление прогрессирования. Появление гиперурикемии среди новых факторов риска ССО также привело к возникновению большого количества дополнительных вопросов.

В одном из докладов на Европейском кардиологическом конгрессе 2021 г. поставлены под сомнение значения уровней мочевой кислоты (МК), влияющие на риск ССО. Авторы считают, что даже менее значительное повышение может ухудшить прогноз. В работе подтверждается значение бессимптомной гиперурикемии (БГ) и ее непосредственное влияние на повышение уровня систолического и диастолического АД как у мужчин, так и у женщин. Также отмечено, что БГ является неблагоприятным фактором, влияющим на развитие ССО, особенно при возникновении в молодом возрасте [2]. Так, согласно опубликованным экспертным консенсусам по ведению пациентов с гиперурикемией, целевой уровень МК у пациентов с АГ с низким или умеренным ССР должен составлять до 360 мкмоль/л, а у лиц с высоким или очень высоким ССР до 300 мкмоль/л [3, 4].

Поэтому раннее и своевременное выявление БГ и ее коррекция, возможно, позволит улучшить течение и прогноз АГ.

Цель

Провести оценку наличия бессимптомной гиперурикемии (БГ) у пациентов с АГ и факторов риска с ней связанных.

Материал и методы исследования

Проведено исследование 81 госпитализированного пациентов с АГ в возрасте от 36 до 83 лет (26 мужчин – 33% и 55 женщин – 67%) находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГУ «Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека». С учетом наличия БГ пациенты были разделены на группы: 1-я группа пациенты без БГ (n=40), 2-я группа пациенты с БГ (n=41). Пациентам были проведены антропометрические исследования: расчет индекса массы тела (ИМТ), определение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ). Определение ИМТ производилось по формуле Кетле: $ИМТ = m / l^2$ (кг/м²), где m – масса тела в килограммах и l – рост в метрах. Значения ОТ, специфичные для европеоидной расы (отрезные точки), соответствовали ≥ 80 см для женщин и ≥ 94 см для мужчин. Биохимическое исследование крови с определением показателей липидного обмена (общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП)), креатинина, мочевой кислоты и цистатина С выполнялось на автоматизированной системе Cobas 6000. 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. 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

С учетом степени АГ при БГ у 3 пациентов (7%) отмечена 1 ст. АГ, у 20 пациентов (49%) 2 ст АГ и у 18 пациента (44%) 3 ст АГ. Далее проведен анализ данных с учетом наличия БГ у пациентов с АГ (таблица 1).

Таблица 1 – Сравнительная характеристика пациентов с АГ с учетом наличия БГ

Показатель	1-я группа (n=40)	2-я группа (n=41)	p
Возраст, лет	63,00 [58,00; 69,00]	64,00 [55,00; 73,00]	0,879
ИМТ, кг/м ²	30,66 [26,55; 34,44]	34,57 [30,66; 38,56]	0,006
ОТ, см	97,00 [84,00; 112,00]	110,00 [92,00; 120,00]	0,009
ОБ, см	108,00 [102,00; 116,00]	115,00 [107,00; 120,00]	0,009
ОТ/ОБ	0,88 [0,80; 1,02]	0,95 [0,88; 1,03]	0,178
рСКФ, мл/мин / 1,73 м ²	75,03 [57,87; 93,28]	71,27 [51,22; 87,98]	0,296
Цистатин С, мг/л	1,30 [1,07; 1,40]	1,27 [1,17; 1,38]	0,958
ОХ, ммоль/л	4,80 [4,10; 5,60]	5,10 [4,40; 6,00]	0,187
ЛПНП, ммоль/л	2,66 [1,79; 3,45]	3,17 [2,27; 3,80]	0,056
ТГ, ммоль/л	1,40 [1,16; 2,11]	1,90 [1,34; 2,70]	0,017
ЛПВП, ммоль/л	1,41 [1,03; 1,70]	1,30 [1,04; 1,52]	0,424
ХС не-ЛПВП, ммоль/л	3,60 [2,70; 4,28]	3,94 [3,17; 4,71]	0,096
МАУ, мг/л	18,00 [11,00; 34,00]	24,00 [15,00; 52,00]	0,125

Проводя анализ данных между группами с учетом наличия БГ были выявлены достоверные 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; 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-