



Рисунок 3 – Индекс массы тела у женщин

Употребление табака было выявлено лишь у 3 мужчин (9,4%).

Выводы

По результатам проведенных исследований выявлено, что у пациентов с артериальной гипертензией наблюдаются изменения в липидном спектре крови. Было установлено повышение фракций общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов, коэффициента атерогенности.

Большинство исследуемых людей независимо от пола имеют избыточную массу тела. Такой фактор риска как курение был у незначительного количества пациентов с АГ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абидокова, Ф. А.* Клиника, диагностика, принципы лечения и профилактика артериальной гипертонии. «Факультетская терапия, профессиональные болезни»: учеб.-метод. пособие / Ф. А. Абидокова, А. Н. Лобжанидзе, Ф. А. Дышекова. – Черкесск: БИЦ СКГА, 2023. – 40 с.
2. *Конради, А. О.* Артериальная гипертензия и дислипидемия. Параллельный контроль двух факторов риска – роль комбинаций препаратов / А. О. Конради, А. С. Алиева // Артериальная Гипертензия. – 2021. – Т. 27, № 3. – С. 376–383.
3. *Сафонов, Д. А.* Артериальная гипертензия: долговременный стресс, патогенез и медикаментозная терапия / Д. А. Сафонов. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2018. – № 10 (196). – С. 43–46. – URL: <https://moluch.ru/archive/196/48684/> (дата обращения: 29.02.2024).

УДК 616.12-008.318:616.127-004

Е. С. Крупень, Е. А. Букатов

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ

Введение

Нарушения ритма сердца рассматриваются как изменения нормальной частоты, регулярности и источника возбуждения сердца, а также расстройства проведения импульса. Аритмии могут быть вызваны многочисленными причинами. При кардиосклерозе происходит образование рубцов стенки миокарда, что нарушает его работу и приводит к различным нарушениям ритма сердца [1].

Цель

Проанализировать особенности нарушений ритма сердца при кардиосклерозе.

Материал и методы исследования

Данные историй болезней, взятых из архивных документов учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр».

Результаты исследования и их обсуждение

Было проанализировано 10 историй болезней пациентов с атеросклеротическим кардиосклерозом. Из них мужчин – 6 (60%), женщин – 4 (40%). У всех пациентов имеется установленный диагноз кардиосклероза.

Среди лабораторных и инструментальных методов исследований у первого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (15.09.2023) – холестерин – 4,22, ХС ЛПВП – 1,16, ХС ЛПНП – 2,56.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 18.09.2023: М-режим: КДО 135 мл, КСО 35 мл, ФВ 74%. В-режим: КДО 70 мл, КСО 27 мл, ФВ 61% Дилатация ЛП, восходящего отдела аорты. Концентрическая гипертрофия ЛЖ. ПМК 1 ст., МК 1–2 ст. АоК 1 ст., ТК 2 ст. ДХЛЖ.

ЭКГ от 20.09.2023: ЧСС 92 уд. в минуту. Трепетание предсердий. ЭОС нормальная. АВ блокада 1 степени. Увеличение левого предсердия.

У второго пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (09.06.2023) – холестерин – 4,57, ХС ЛПВП – 1,81, ХС ЛПНП – 2,18.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 09.06.2023: М-режим: КДО 118 мл, КСО 41 мл, ФВ 65%. В-режим: КДО 64 мл, КСО 27 мл, ФВ 58%. Фиброз МК, АоК, Кальциноз МК, АоК. Регургитация на МК 2 ст., АоК 1 ст., ТК 2 ст. Нарушение локальной сократимости (гипокинез) ЛЖ в базальном ниже-перегородочном, среднем передне-перегородочном и среднем ниже-перегородочном сегменте.

Холтеровское мониторирование стандартное от 12.06.2023: Ритм синусовый. Наджелудочковые экстрасистолы – 145.

У третьего пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (03.10.2023) – холестерин – 5,41, ХС ЛПВП – 1,07, ХС ЛПНП – 3,59.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 03.10.2023: М-режим: КДО 79 мл, КСО 30 мл, ФВ 62%. В-режим: КДО 74 мл, КСО 34 мл, ФВ 54%. Дилатация восходящего отдела аорты. Гипертрофия ЛЖ. Регургитация ТК 1 ст.

Холтеровское мониторирование стандартное от 10.10.2023: Ритм синусовый. Наджелудочковые экстрасистолы – 3.

Среди лабораторных и инструментальных методов исследований у четвертого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (13.11.2023) – холестерин – 5,05, ХС ЛПВП – 1,51, ХС ЛПНП – 2,97.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 13.11.2023: М-режим: КДО 88 мл, КСО 22 мл, ФВ 75%. В-режим: КДО 60 мл, КСО 23 мл, ФВ 62%. Камеры не расширены. Концентрическое ремоделирование ЛЖ. Регургитация на МК 1 ст., ТК 1 ст.

Холтеровское мониторирование стандартное от 13.11.2023: Ритм синусовый. Наджелудочковые экстрасистолы – 203, желудочковые экстрасистолы.

У пятого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (23.10.2023) – холестерин – 2,67, ХС ЛПВП – 1,18, ХС ЛПНП – 0,79.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 24.10.2023: М-режим: КДО 66 мл, КСО 14 мл, ФВ 79%. В-режим: КДО 43 мл, КСО 12 мл, ФВ 72%. Концентрическое ремоделирование ЛЖ. Фиброз МК, АоК. Регургитация на МК 1 ст., ТК 1–2 ст.

Холтеровское мониторирование стандартное от 27.10.2023: Ритм синусовый. Атрио-вентрикулярная блокада 1 степени. Эпизоды ускоренного предсердного ритма. Желудочковые экстрасистолы – 10 (полиморфные), наджелудочковые экстрасистолы – 397.

Среди лабораторных и инструментальных методов исследований у шестого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (19.01.2023) – холестерин – 4,02, ХС ЛПВП – 3,09, ХС ЛПНП – 2,28.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 20.01.2023: М-режим: КДО 141 мл, КСО 66 мл, ФВ 53%. В-режим: КДО 79 мл, КСО 41 мл, ФВ 48%. Исследование на фоне аритмии. Дилатация ЛП, ПП. Регургитация на МК 1 ст., ТК 1 ст.

ЭКГ от 22.01.2023: Трепетание предсердий. ЧСС 112–130 уд. в минуту. ЭОС нормальная. Полная блокада ПНПГ.

Среди лабораторных и инструментальных методов исследований у седьмого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (20.10.2023) – холестерин – 6,01, ХС ЛПВП – 1,67, ХС ЛПНП – 2,89.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 20.10.2023: М-режим: КДО 70 мл, КСО 18 мл, ФВ 74%. В-режим: КДО 88 мл, КСО 26 мл, ФВ 70%. Дилатация ЛП, ПП. Гипертрофия ЛЖ. Регургитация на МК 1–2 ст., АоК 1 ст., ТК 1–2 ст.

ЭКГ от 11.10.2023: ЧСС 104–113 уд. в минуту. Трепетание предсердий. ЭОС влево. Блокада передней левой ветви пучка Гиса. Нагрузка левого предсердия и желудочка.

Среди лабораторных и инструментальных методов исследований у восьмого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (14.02.2023) – холестерин – 6,8, ХС ЛПВП – 2,98, ХС ЛПНП – 3,9.

ЭКГ от 14.02.2023: ЧСС 88 уд. в минуту. Трепетание предсердий. ЭОС резко влево. АВ блокада 1 степени в сочетании с блокадой передней левой ветви пучка Гиса. Увеличение левого предсердия.

Среди лабораторных и инструментальных методов исследований у девятого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (30.01.2023) – холестерин – 5,08, ХС ЛПВП – 2,01, ХС ЛПНП – 3,49.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 31.01.2023: М-режим: КДО 66 мл, КСО 18 мл, ФВ 73%. В-режим: КДО 77 мл, КСО 25 мл, ФВ 68%. Дилатация ЛП, ПП. Гипертрофия ЛЖ. Фиброз МК, АоК. Кальциноз МК, АоК. Регургитация на МК 2 ст., АоК 1 ст., ТК 1–2 ст.

ЭКГ от 01.02.2023: ЧСС 83 уд. в минуту. Трепетание предсердий, правильная форма, с проведением 3:1. ЭОС нормальная. Нагрузка левого предсердия и желудочка. Желудочковая экстрасистолия единичная. АВ блокада 1 степени.

Среди лабораторных и инструментальных методов исследований у десятого пациента было проведено: биохимический анализ крови на 1 день (28.12.2023) – холестерин – 4,12, ХС ЛПВП – 2,15, ХС ЛПНП – 1,02.

Эхокардиография (ЭХО-КГ) от 28.12.2022: М-режим: КДО 140 мл, КСО 69 мл, ФВ 51%. Камеры сердца не расширены. Недостаточность АоК 1 ст. Гипертрофия МЖП. Гипокинез МЖП. Сократимость миокарда снижена.

ЭКГ от 28.12.2022: ЧСС 121 уд. в минуту. Трепетание предсердий. ЭОС нормальная. Нагрузка ЛП и ЛЖ.

Исследования крови показали, что у 3 (30%) пациентов наблюдается повышение ЛПВП и у 2 (20%) пациентов повышение ЛПНП. У 2 (20%) пациентов выявлено повышение холестерина.

На эхокардиографии выявлено 4 (40%) пациента с гипертрофией ЛЖ, 2 (20%) пациента с концентрическим ремоделированием ЛЖ, 4 (40%) пациента с дилатацией ЛП/ПП.

ЭКГ исследование показало, что у 4(40%) пациентов наблюдается наджелудочковые экстрасистолии и 6 (60%) трепетаний предсердий.

Выводы

Нарушения ритма сердца являются патологическим состоянием, при котором нарушается частота сердцебиения, ритм и последовательность сокращения сердца. Наиболее

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.