

При анализе взаимосвязи между сахарным диабетом 2-го типа и безболевогой формой ИБС была обнаружена значимая ассоциация ($p=0,005$). Полученные результаты указывают на то, что сахарный диабет 2-го типа может влиять на болевой порог, вследствие чего пациенты с данным заболеванием чаще страдают от безболевогой форм ИБС.

Выводы

Среди молодых и лиц среднего возраста, по сравнению с пожилыми и пациентами старческого возраста, чаще встречается отягощенная наследственность в виде раннего дебюта ИБС у близких родственников.

Низкая физическая активность чаще отмечается среди пожилых и лиц старческого возраста.

Пациентов молодого возраста с висцеральным ожирением больше, чем лиц среднего, пожилого и старческого возраста.

Среди пациентов молодого и среднего возраста больше лиц, которые курят, по сравнению с пожилыми и старческого возраста.

У пациентов среднего и пожилого возраста чаще встречаются безболевогой формы ИБС, что обусловлено наличием сахарного диабета 2-го типа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Латфуллин, И. А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение / И. А. Латфуллин. – 2-е изд., доп. и перераб. – Казань: изд-во Казан. ун-та, 2017. – 426 с.

УДК 616.12-008.331.1-005.4

Я. В. Иванова

Научные руководители: старший преподаватель С. Г. Сейфидинова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Под термином «артериальная гипертензия» понимают повышение систолического артериального давления (САД) выше 140 мм рт. ст., и/или диастолического артериального давления (ДАД) выше 90 мм рт. ст. Риск развития АГ увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет. Патогенез артериальной гипертензии связан с нарушением регуляции сосудистого тонуса и функции почек, что приводит к увеличению сосудистого сопротивления и объема циркулирующей крови. Это в свою очередь приводит к увеличению нагрузки на сердце и повышению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инфаркт миокарда, инсульт, аритмии, сердечная недостаточность. Органы-мишени артериальной гипертензии включают сердце, почки, мозг, глаза и сосуды. Постоянное повышенное давление может привести к утолщению стенок артерий, образованию тромбов, нарушению микроциркуляции и повреждению органов-мишеней. Кроме того, артериальная гипертензия является одним из основных факторов риска преждевременной смертности. АГ является одним из главных факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), а также поражение сосудов головного мозга. Именно поэтому ИБС и АГ часто сопутствуют друг другу. Пациенты, у которых встречается сочетание двух данных заболеваний имеют очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, которые отрицательно сказываются на качестве жизни [1, 2, 3].

Цель

Провести статистический анализ данных между группой пациентов с основным диагнозом АГ и группой пациентов с основным клиническим диагнозом ИБС и сопутствующим заболеванием АГ.

Материал и методы исследования

В ретроспективное исследование включены 60 историй болезни пациентов УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» за период времени с 2020 по 2024 год, среди которых было 53 (88%) мужчины и 7 (12%) женщины. Медиана возраста пациентов составила 64 года (минимальный возраст – 52 года, максимальный возраст – 74 лет). Все пациенты были разделены на две группы. В первой группе находятся 30 исследуемых с клиническим диагнозом артериальная гипертензия 2 степени риск 3. Во второй группе – пациенты в количестве 30 человек с основным диагнозом ИБС: Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) 3 и сопутствующим диагнозом артериальная гипертензия 2 степени риск 4. Статистический анализ полученных данных производился с применением компьютерной программы Statistica 10.0. Описательная статистика количественных показателей представлена Me (25 %; 75 %), где Me – медиана, 25 % – нижний перцентиль, 75 % – верхний перцентиль. Для сравнения двух независимых групп по количественному признаку использовался критерий Манна – Уитни (U) и критерий согласия Пирсона χ^2 . Результаты анализа оценивались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Таблица 1 – Общая характеристика исследуемых групп

Сравниваемый критерий	1 группа, n=30	2 группа, n=30	p
Возраст, лет	63,5 (58,25; 67)	64 (61; 66,75)	0,06
ИМТ, кг/м ²	28,95 (22,4; 31,4)	30,1 (27,85; 32,3)	0,05
Гипертонический криз в анамнезе, %	30 (9/30)	7 (2/30)	0,04
Н1, %	73 (22/30)	40 (12/30)	<u>0,02</u>
Н2А, %	14 (4/30)	40 (12/30)	<u>0,04</u>
Н2Б, %	3 (1/30)	10 (3/30)	0,60
СД 2 типа, %	23 (7/30)	10 (3/30)	0,29
Дислипидемия, %	53 (16/30)	67 (20/30)	0,43
Атеросклероз БЦА, %	47 (14/30)	50 (15/30)	0,79
Гипертоническая ангиопатия, %	23 (7/30)	7 (2/30)	0,14
Пароксизм фибрилляций предсердий в анамнезе, %	23 (7/30)	43 (13/30)	0,17
Инфаркт головного мозга в анамнезе, %	7 (2/30)	10 (3/30)	0,64
Инфаркт миокарда левого желудочка в анамнезе, %	10 (3/30)	40 (12/30)	<u>0,02</u>
Недостаточность АоК, %	17 (5/30)	63 (19/30)	< <u>0,001</u>
Недостаточность МК, %	13 (3/30)	60 (18/30)	< <u>0,001</u>
Экстрасистолия желудочковая частая, %	3(1/30)	7 (2/30)	0,55
АВ-блокада, %	7 (2/30)	13 (4/30)	0,66
Полная блокада ПНПГ, %	7 (2/30)	10 (3/30)	0,64

Примечание: ИМТ – индекс массы тела; Н1, Н2А, Н2Б – стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) по Стражеско – Василенко; СД – сахарный диабет; БЦА – брахиоцефальные артерии; АоК – аортальный клапан; МК – митральный клапан; АВ – атриовентрикулярная блокада; ПНПГ – правая ножка пучка Гиса.

Статистически значимыми сравнительными критериями между группами пациентов являлись: среди пациентов первой группы – преобладание пациентов с начальной стадией ХСН ($p=0,02$), среди исследуемых второй группы – более высокий показатель ИМТ ($p=0,05$), преобладание пациентов со 2А стадией ХСН ($p=0,04$), высокая частота встречаемости инфаркта миокарда левого желудочка ($p=0,02$), а также недостаточности АоК ($p<0,001$) и МК ($p<0,001$).

Сочетанное течение АГ и ИБС указывает на более высокую вероятность прогрессирования ХСН, в то время как изолированное течение АГ с развитием диастолической дисфункции длительно манифестирует начальной стадией ХСН.

Наличие клапанной недостаточности подтверждает более высокую вероятность ремоделирования левого желудочка на фоне сочетанной патологии.

В ходе работы было выяснено, что среди двух сравниваемых групп количество сопутствующих заболеваний и патологий преобладало в группе пациентов с основным диагнозом ИБС: Стабильная стенокардия напряжения ФК 3 и сопутствующим диагнозом АГ ($p=0,04$).

Выводы

1. ИБС является ведущим нозологическим диагнозом при его сочетанном течении с артериальной гипертензией.

2. Наличие ИБС свидетельствует о более высокой вероятности неконтролируемого течения АГ и вероятных эпизодов гипертонического криза с осложнениями, такими как острый коронарный синдром с исходом в инфаркт миокарда, острая левожелудочковая недостаточность.

3. Требуется более строгое мониторирование целевого уровня АД у пациентов с ИБС.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Троицкий, Н. А.* Оценка влияния факторов риска на развитие острого нарушения мозгового кровообращения [https://elibrary.ru/] / Н. А. Троицкий, С. И. Чимитцырев, Л. Н. Николаева // Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 100-летию со дня образования государственной санитарно-эпидемиологической службы России, Иркутск, 23 сентября 2022 г. / Иркутск. гос. мед. ун-т; редкол: Г. В. Куренковой [и др.]. – Иркутск, 2022. – С. 168–171.
2. *Жмуров, Д. В.* Артериальная гипертензия / Д. В. Жмуров, М. А. Парфентева // Colloquium-journal. – 2020. – С. 48–55.
3. Артериальная гипертензия в молодом возрасте: современное состояние проблемы / И. С. Сабиров [и др.] // The Scientific Heritage. – 2021. – С. 15–23.

УДК 616-006.448-071/-078

В. В. Кавецкая

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республики Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Введение

Множественная миелома (ММ) – парапротеинемический гемобластоз, относящийся к группе злокачественных моноклональных гаммапатий. Заболевание характеризуется пролиферацией плазматических клеток (ПК) в костном мозге (КМ), секрецией моноклонального белка (М-белка), деструктивным поражением костей скелета, развитием почечной недостаточности, анемии и гиперкальцемии [1].