

Выводы

У пациентов с ИМ без МС к моменту выписки у большинства наблюдалось улучшение состояния: уровень АЛТ нормализовался у 8,06% пациентов, а АСТ – у 17,74%. Однако у 24,19% пациентов сохранялось повышение креатинина, что указывает на возможные нарушения функции почек и требует дальнейшего наблюдения. У пациентов с ИМ и МС динамика восстановления была менее выраженной: уровень АЛТ оставался повышенным у 71,43% пациентов, а АСТ – у 57,14%. Это свидетельствует о более тяжелом течении заболевания и замедленном восстановлении у данной группы пациентов. Уровень СРБ оставался повышенным у 64,52% пациентов без МС и у 21,43% пациентов с МС, что указывает на сохранение воспалительного процесса даже после стабилизации состояния. У пациентов с МС чаще наблюдались нарушения липидного профиля: уровень триглицеридов оставался повышенным у 45,24% пациентов, а холестерина – у 52,38%. Это подчеркивает необходимость коррекции метаболических нарушений у данной категории пациентов. Полученные данные подтверждают, что пациенты с МС имеют более высокий риск осложнений и требуют индивидуального подхода к лечению и реабилитации, включая контроль метаболических параметров и профилактику повторных сердечно-сосудистых событий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедов, И. И. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, лечение / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. – М. : Медицина, 2020. – 456 с.
2. Grundy, S. M. Metabolic Syndrome: Updated Diagnostic Criteria and Management Strategies / S. M. Grundy [et al.] // Circulation. – 2023. – Vol. 147, № 8. – P. 1123–1135.
3. Шестакова, М. В. Современные подходы к диагностике и лечению метаболического синдрома / М. В. Шестакова, О. Ю. Сухарева // Кардиология. – 2022. – Т. 62, № 5. – С. 45–53.
4. Alberti, K. G. Metabolic Syndrome in the 21st Century: New Insights and Therapeutic Approaches / K. G. Alberti [et al.] // Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2024. – Vol. 109, № 3. – P. 789–801.
5. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – 134 с.

УДК 616.127-005.8-098-072

Е. Д. Зайцева, Д. А. Дятлова

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры И. Л. Мамченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Введение

Инфаркт миокарда – это ишемический некроз участка сердечной мышцы, который возникает по причине нарушения баланса между потребностью сердечной мышцы в кислороде и доставкой кислорода к кардиомиоцитам [1]. У пациентов с метаболическим синдромом синергизм патогенетических механизмов метаболического синдрома (МС) и ишемической болезни сердца определяет высокую распространенность и тяжесть течения острой коронарной патологии [2, 3]. МС – комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия (ГИ), абдоминальное ожирение, нарушения липидного, пуринового обменов и артериальная гипертензия (АГ). Распространенность МС при инфаркте миокарда (ИМ) варьирует от 37% (Япония) до 50% (США, Франция) [2–4].

При изучении влияния МС на прогноз инфаркта миокарда установлено, что присутствие МС достоверно увеличивает риск развития смертельного исхода в течение ближайших 3-х лет на 29%, а кардиоваскулярных событий на 23% [4–5]. Поэтому в связи с актуальность данной темы мы решили провести собственное исследование по оценке тяжести течения инфаркта миокарда у пациентов с МС и нормальным обменом веществ по данным инструментальных методов диагностики.

Цель

Оценить особенности течения инфаркта миокарда у пациентов с сопутствующим метаболическим синдромом и нормальным обменом веществ с помощью инструментальных методов диагностики.

Материал и методы исследования

Для выполнения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ стационарных карт пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении № 3 У «Гомельский областной клинический кардиологический центр» в период с 2022 по 2024 год. Выборку составили 104 клинических случая пациентов с ИМ, из них 42 (40,38%) пациента с метаболическим синдромом и ИМ и 62 (59,62%) пациента с ИМ и без МС. Средний возраст пациентов составил $62,42 \pm 16,63$ лет. Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0 (USA). Для сравнения данных, полученных в разных группах, использовались критерий χ^2 с поправкой по Йейтсу и определением уровня значимости p , статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным электрокардиограммы (ЭКГ) у пациентов с ИМ и МС средняя ЧСС равнялась 69 уд/мин, минимальная ЧСС – 38 уд. /мин, максимальная – 150 уд. /мин. У пациентов с ИМ и нормальным обменом веществ средняя ЧСС составляла 65 уд/мин, минимальная и максимальная ЧСС – 47 уд. /мин и 130 уд. /мин соответственно. Синусовый ритм наблюдался у 36 (85,71%) и у 60 (96,77%) пациентов с метаболическим синдромом и без него, перенёсших ИМ, соответственно. Фибрилляция предсердий чаще встречалась у пациентов с МС – 6 (14,29%) пациентов, чем у пациентов без него – 4 (6,45%) пациента. Признаки нагрузки на левый желудочек (ЛЖ) были выявлены у 8 (19,05%) пациентов с МС и у 17 (27,42%) пациентов без него, на левое предсердие – у 17 (40,48%) и 26 (41,94%) пациентов с сопутствующим МС и без него соответственно.

Среди нарушений ритма были выявлены блокада правой ножки пучка Гиса – у 2 (4,76%) пациентов с МС и у 6 (9,68%) пациентов без него, блокада левой ножки пучка Гиса – у 3 (7,14%) пациентов с МС и у 1 (1,61%) пациента без него, желудочковая экстрасистола у 1 (2,38%) пациента с МС и 1 (1,61%) пациента без него. У пациентов с МС крупноочаговый ИМ встречался чаще, чем у пациентов без него – у 35 (83,33%) и у 37 (59,68%) пациентов соответственно. Преимущественной локализацией инфаркта является заднедиафрагмальная область левого желудочка: у 26 (61,90%) пациентов с МС и у 21 (33,87%) пациента без него. Реже всего встречалась локализация на нижней стенке – у 2 пациентов с МС (4,76%) и у 2 (3,23%) пациентов без него. У пациентов без МС чаще встречался мелкоочаговый ИМ – у 25 (40,32%) пациентов, по сравнению с пациентами с МС – 7 (16,67%) пациентов. У пациентов с МС был выявлен мелкоочаговый ИМ только на переднеперегородочной области ЛЖ – у 2 (4,76%) пациентов, а у пациентов без МС он наблюдался в переднеперегородочной области ЛЖ – у 10 (16,13%) пациентов, заднедиафрагмальной области ЛЖ – 3 (4,84%) пациентов, верхушечной и переднебоковой области у 4 (6,45%) и 1 (1,61%) пациентов соответственно.

Количество и структура записанных комплексов по данным холтеровского мониторинга отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Количество записанных комплексов у пациентов, перенесших ИМ с сопутствующим МС и без него

Среднее количество комплексов	Пациенты с ИМ и МС	Пациенты с ИМ и без МС
За сутки	87477,7	98523,75
min	72865	74131
max	108475	131583
Днём	40438,22	33228,5
min	23361	26304
max	128478	44393
Ночью	59774,22	62970,75
min	47759	46331
max	71038	87190

Среднее количество артефактов у пациентов с ИМ и МС составило 0,24%, min – 0,01%, max – 1,52%. Среднее количество артефактов у пациентов с ИМ и нормальным обменом веществ составило 0,42%, min – 0,22%, max – 0,54%.

По данным ЭхоКГ недостаточность аортального клапана 1 степени была выявлена у 6 (14,29%) пациентов с МС и у 9 (14,52%) пациентов без него, 1–2 степени – у 1 (2,38%) пациента с МС и 9 (14,52%) пациентов без него, 2 степени – у 2 (4,76%) пациентов с МС и у 3 (4,84%) пациентов без МС. Недостаточность трикуспидального клапана 1–2 степени была обнаружена у 1 (2,38%) и 9 (14,52%) пациентов с МС и без него соответственно, 2–3 степени – у 1 (2,38%) и 5 (8,06%) пациентов с МС и без него соответственно, 3–4 степени – у 1 (2,38%) пациента с МС. Недостаточность митрального клапана 1 степени встречалась у 11 (26,19%) пациентов с МС и у 22 (35,48%) пациентов без него, 1–2 степени – у 5 (11,9%) пациентов с МС и 10 (16,13%) пациентов без него, 2–3 степени – у 4 (9,52%) пациентов с МС и также у 4 (6,45%) пациентов с нормальным обменом веществ.

Дилатация всех камер сердца была обнаружена только у 2 (4,76%) пациентов с МС. Дилатация и левого, и правого предсердий отмечалась у 4 (9,52%) пациентов с МС и также 4 (6,45%) пациентов с нормальным обменом веществ, дилатация только левого предсердия – у 16 (38,1%) и 25 (40,32%) пациентов с МС и без него соответственно, дилатация только левого желудочка – у 1 (2,38%) пациента с МС и 4 (6,45%) пациентов МС. Гипертрофия межжелудочковой перегородки обнаружена у 3 (7,14%) пациентов с МС и 4 (6,45%) пациентов без него. Гипертрофия миокарда ЛЖ – у 16 (38,10%) пациентов с МС и 9 (14,53%) пациентов без него ($\chi^2 = 3,64$, $p = 0,049$).

Данные о частоте поражения клапанов сердца у пациентов с МС и без него представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Частота поражения клапанов сердца у пациентов с метаболическим синдромом и без него

Поражение клапана	Пациенты с ИМ и МС			Пациенты с ИМ и без МС		
	Абс. число, чел	Уд. вес, %	Ст. ошибка доли, %	Абс. число, чел	Уд. вес, %	Ст. ошибка доли, %
Кальциноз АоК	4	9,52	4,53	3	4,84	2,73
Кальциноз МК	3	7,14	3,97	6	9,68	3,75
Фиброз МК, АоК	4	9,52	4,53	10	16,13	4,67
Фиброз МК	2	4,76	3,29	3	4,84	2,73
Фиброз АоК	4	9,52	4,53	6	9,68	3,75

Из данной таблицы следует, что наиболее частым поражением является фиброз митрального и аортального клапана – у 4 (9,52%) и у 10 (16,13%) пациентов с МС и без него соответственно, реже всего встречается фиброз митрального клапана – у 2 (4,76%) пациентов с МС и у 3 (4,84%) пациентов без него.

Выводы

У пациентов с МС чаще наблюдался крупноочаговый инфаркт миокарда – у 83,33% против 59,68% пациентов без МС, что указывает на более тяжелое течение ИМ у этой группы лиц. Локализация инфаркта миокарда чаще встречалась в заднедиафрагмальной области левого желудочка у пациентов с МС – 61,90% против 33,87% у пациентов без МС.

Такие нарушения ритма как фибрилляция предсердий была зарегистрирована у 14,29% лиц с МС против 6,45% пациентов без МС, блокада левой ножки пучка Гиса – у 7,14% пациентов с МС против 1,61% пациентов с нормальным обменом веществ.

Гипертрофия миокарда левого желудочка была более выражена у пациентов с МС – 38,10% в сравнении с 14,53% пациентов без МС, что статистически значимо ($\chi^2 = 3,64$, $p = 0,049$). Дилатация камер сердца чаще наблюдалась у пациентов с МС, хотя различия не всегда были статистически значимыми.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Иванова, А. В.* Современные подходы к лабораторной диагностике инфаркта миокарда / А. В. Иванова // Вестник современной медицины. – 2023. – Т. 15, № 112. – С. 45–52.
2. *Петров, С. И.* Метаболический синдром как фактор риска развития инфаркта миокарда у молодых пациентов / С. И. Петров, Е. А. Сидорова, Д. В. Кузнецов // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2022. – Т. 8, № 45. – С. 78–89.
3. *Smith, J.* Prevalence of metabolic syndrome in young adults with acute myocardial infarction: a contemporary analysis / J. Smith, R. Brown, L. Johnson // Journal of Cardiovascular Risk. – 2024. – Vol. 30, № 5. – P. 210–218.
4. *Taylor, M.* The impact of metabolic syndrome on clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction: a retrospective cohort study / M. Taylor, K. Anderson, P. Wilson // Archives of Internal Medicine. – 2023. – Vol. 18, № 3. – P. 345–352.
5. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – 134 с.

УДК 616.36-098-052-06

Д. А. Зур

Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова, к.м.н., доцент Е. С. Махлина

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

ОЦЕНКА РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени (МАЗБП) – это широко распространенное хроническое заболевание, характеризующееся повышенной аккумуляцией жира в печени, в основе которого лежит дисфункция обмена веществ. В настоящий момент частота выявления МАЗБП в популяции развитых стран приобретает характер неинфекционной пандемии, драйверами роста которой являются ожирение и сахарный диабет [1].

При возникновении данного заболевания важное значение имеют кардиометаболические факторы: дислипидемия, нарушение углеводного обмена, инсулинорезистентность, которые нарастают по мере прогрессирования МАЗБП и чаще всего способствуют развитию сердечно-сосудистой патологии. В настоящее время МАЗБП является мультисистемным заболеванием, ассоциированным с ожирением, сахарным диабетом 2-го типа (СД 2 типа), сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической болезнью почек, онкологией и т.д. [2].