

Таблица 3 – Результаты корреляционного анализа УЗИ показателей ТПКЖ и ТПБЖ с лабораторными параметрами

Показатель	ТошГ	HbA _{1c}	ТГ	ХС-ЛПВП	НОМА-IR	СРБ
ТПКЖ	rs=0,46; p<0,05	rs=0,32; p<0,05	rs=0,44; p<0,05	rs= -0,34; p<0,05	rs=0,52; p<0,05	rs=0,31; p<0,05
ТПБЖ	rs=0,42; p<0,05	rs=0,32; p<0,05	rs=0,47; p<0,05	rs= -0,34; p<0,05	rs=0,48; p<0,05	rs=0,29; p<0,05

Показатели ТПКЖ и ТПБЖ имели положительную значимую взаимосвязь с количественными уровнями ТошГ, HbA_{1c}, маркерами инсулинорезистентности и воспаления, а также значениями ТГ. Показатели ХС-ЛПВП, напротив, были обратно пропорциональны значениям толщины жировой складки на передней брюшной стенке и в предбрюшинной области.

Выводы

В ГрМС у женщин выявлено значимое увеличение толщины жировой ткани в предбрюшинной области на 8,8 (6,8; 10,2) мм в сравнении с ГрК. Аналогичная ситуация отмечена и в ГрРМС, что свидетельствует об увеличении доли висцерального жира в указанной группе.

Показатели ТПКЖ и ТПБЖ имели значимую взаимосвязь с количественными уровнями ТошГ, HbA_{1c}, маркерами инсулинорезистентности и воспаления, а также значениями ТГ и ХС-ЛПВП.

У женщин репродуктивного возраста с висцеральным ожирением с целью профилактики метаболических нарушений необходимо проводить мероприятия по снижению массы тела и уменьшению ОТ до наступления беременности и с целью снижения сердечно-сосудистого риска в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Метаболический синдром у женщин: две грани одной проблемы / Н. М. Подзлкова, В. И. Подзолков, О. Л. Глазкова [и др.] // Акушерств и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 28–33.
2. Распространенность ожирения, патологической прибавки веса и метаболического синдрома у женщин Крайнего Севера в период гестации / Л. А. Суплотова, С. А. Сметанина, Н. А. Новаковская [и др.] // Ожирение и метаболизм – 2011. – № 4. – С. 31–35.
3. Harmonizing the metabolic syndrome / K. G. M. M. Alberti [et al.] // Circulation. – 2009. – Vol. 120. – P. 1640–1645.

УДК [616.12-005.4+616.24-002]:[616.25-003.2+616.15-074]

Д. Д. Конопляник

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н. Е. Г. Малаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ОБЩЕГО И БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПНЕВМОНИЕЙ

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы – одна из главных причин инвалидизации и смертности населения во всем мире. Главными этиологическими факторами распространенности этих заболеваний являются малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, ожирение, стресс и вредные привычки [1].

Наибольшую опасность для взрослого населения представляет ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1].

ИБС, как и любое другое заболевание, может вызвать осложнения, негативно влияющие как на сердечно-сосудистую систему, так и на дыхательную систему.

Плевральный выпот – это синдром скопления жидкости в плевральной полости, возникающий из-за патологии различных органов и систем [2].

К клиническим вариантам плевральных выпотов относятся:

1. Воспалительный плевральный выпот (плеврит):

– Инфекция вызывает гнойно-воспалительный процесс в плевре и прилежащих тканях. Пневмония является тяжело протекающим процессом у пациентов с поражениями ССС, в свою очередь наличие декомпенсированной застойной сердечной недостаточности провоцирует инфицирование [3].

– Постинфарктный синдром Дресслера вызывает аутоиммунный воспалительный процесс.

2. Застойный плевральный выпот:

– Сердечная недостаточность провоцирует нарушения крово- и лимфообращения.

Скопление жидкости в плевральной полости редко бывает единственным симптомом заболевания, чаще оно сопровождается и другими клиническими проявлениями. Именно поэтому для верной постановки диагноза необходимо учитывать другие симптомы, данные лабораторной (общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (БАК)) и инструментальной диагностики (Эхо-КГ, рентген органов грудной клетки (ОГК)), а также проводить дифференциальную диагностику плевральных выпотов [2].

Цель

Оценить особенности динамики общего и биохимического анализа крови и плеврального выпота у пациентов с ишемической болезнью сердца и пневмонией.

Материал и методы исследования

На основе ретроспективного исследования проанализировано 32 медицинские карты пациентов мужского и женского пола, страдающих ИБС и имеющих сопутствующие заболевания различных систем. Пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 – без пневмонии, группа 2 – с пневмонией. Группы сопоставимы по возрасту, полу и сопутствующим заболеваниям. Возраст в группе 1 (без пневмонии) – 67,5 [41;94], в группе 2 (с пневмонией) – 74,5 [63;86]. Исследование было проведено на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3», была создана сводная таблица в программе Microsoft Office Excel. Для исследования были использованы данные, полученные за 2024 год.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы «Statistica» (V. 10.0). Так как полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, согласно критерию Шапиро-Уилка, они были представлены в формате Me (Q25; Q75), где Me – медиана, Q25; Q75 – верхний и нижний квартили. Так как данные являются непараметрическими, для сравнения двух зависимых групп использовался критерий Уилкоксона, а для оценки различий между независимыми группами применялся критерий Манна-Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа полученных данных были изучены показатели общего анализа крови (ОАК) (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, лейкоциты, эозинофилы, палочкоядерные нейтрофилы, сегментоядерные нейтрофилы, лимфоциты, моноциты, СОЭ), биохимического анализа крови (общий белок, мочевины, креати-

нин, СРБ, общий билирубин, АЛаТ, АСаТ, глюкоза), эхоКГ и рентген ОГК (количество жидкости в плевральных синусах).

Таким образом, при анализе показателей ОАК достоверных изменений не выявлено.

При изучении показателей биохимического анализа крови выявлена статистическая значимость показателей СРБ на 1 и 3 сутки госпитализации. При норме СРБ в диапазоне от 0 до 5 мг/л в обеих группах выявлен высокий кардиориск (СРБ >3 мг/л).

Таблица 1 – Изменение показателей БАК у пациентов с пневмонией и без пневмонии, Ме (Q25, Q75)

Показатели	Группа 1 (без пневмонии)	Группа 2 (с пневмонией)	p<0,05
СРБ (мг/л) 1 сутки	4,60 [3,10–35,10]	37,20 [34,70–41,50]	0,006436
СРБ (мг/л) 3 сутки	4,60 [3,30–27,00]	33,00 [6,00–53,00]	0,026040

При оценке количества жидкости в плевральных синусах статистически значимых показателей не выявлено, но наблюдается тенденция к постепенному снижению количества жидкости в 1 группе (без пневмонии), в то время как у пациентов из 2 группы (с пневмонией) наблюдается сначала повышение количества жидкости в плевральных синусах к 3 дню госпитализации, а затем снижение к 7 дню.

Таблица 2 – Изменение показателей количества жидкости в плевральных синусах у пациентов с пневмонией и без пневмонии, Ме (Q25, Q75)

Показатели	Группа 1 (без пневмонии)	Группа 2 (с пневмонией)	p<0,05
К-во ж-ти в правом синусе (мл) на 1 сутки	325,00 [150,00–495,00]	400,00 [150,00–800,00]	0,386958
К-во ж-ти в левом синусе (мл) на 1 сутки	95,00 [67,50–160,00]	150,00 [50,00–250,00]	0,634216
К-во ж-ти в правом синусе (мл) на 3 сутки	285,00 [140,00–565,00]	450,00 [190,00–705,00]	0,471548
К-во ж-ти в левом синусе (мл) на 3 сутки	110,00 [70,00–185,00]	150,00 [100,00–250,00]	0,372753
К-во ж-ти в правом синусе (мл) на 7 сутки	100,00 [85,00–400,00]	350,00 [250,00–540,00]	0,230659
К-во ж-ти в левом синусе (мл) на 7 сутки	70,00 [35,00–100,00]	80,00 [50,00–100,00]	1,000000

Выявлено, что у пациентов без пневмонии меньший процент двустороннего и левостороннего гидроторакса, чем у пациентов с пневмонией. В группе 1 (без пневмонии) на 14,1 % чаще встречается гидроперикард и на 10,9 % реже – венозный застой.

Таблица 3 – Наличие гидроторакса, гидроперикарда и венозного застоя у пациентов с пневмонией и без пневмонии

Показатели	Группа 1 (без пневмонии)	Группа 2 (с пневмонией)
Гидроторакс двусторонний	52,6 %	61,5 %
Гидроторакс правосторонний	31,6 %	38,5 %
Гидроторакс левосторонний	5,3 %	0 %
Без гидроторакса	10,5 %	0 %
Гидроперикард	52,6 %	38,5 %
Венозный застой	73,7 %	84,6 %

Выводы

У пациентов без пневмонии показатель СРБ находится в пределах нормы, но выявлен высокий кардиориск, а у пациентов с пневмонией высокие цифры СРБ свидетельствуют об инфекционном поражении.

Наблюдается тенденция к постепенному снижению количества жидкости в плевральных синусах в группе без пневмонии, в то время как у пациентов из группы с пневмонией наблюдается сначала повышение, а затем снижение данного показателя, что требует своевременной коррекции.

Выявлено, что у пациентов без пневмонии меньший процент двустороннего и левостороннего гидроторакса, чем у пациентов с пневмонией. В группе 1 (без пневмонии) на 14,1 % чаще встречается гидроперикард и на 10,9 % реже – венозный застой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисова, С. В. Роль физической культуры в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / С. В. Борисова, И. А. Салаватов // Вестник науки. – 2025. – № 2 (83). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-fizicheskoy-kultury-v-profilaktike-serdechno-sosudistyh-zabolevaniy> (дата обращения: 06.03.2025).
2. Карнаушкина, М. А. Плевральный выпот / М. А. Карнаушкина, А. Д. Струтынская // Consilium Medicum. – 2019. – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/plevralnyy-vypot> (дата обращения: 06.03.2025).
3. Душеба, Т. А. Особенности пневмоний у пациентов с ХОБЛ при наличии сердечно-сосудистой коморбидности / Т. А. Душеба, А. В. Модык, И. И. Дубровская // Крымский терапевтический журнал. – 2024. – № 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-pnevmoniy-u-patsientov-s-hobl-pri-nalichii-serdechno-sosudistoy-komorbidnosti> (дата обращения: 06.03.2025).

УДК 616.127-071-053.81

К. П. Корделюк, А. Е. Ребенок

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОМИОПАТИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Введение

В настоящее время понятие кардиомиопатия (КМП) имеет общий характер – это заболевание миокарда, которое приводит к дисфункции сердца. Тем не менее характерной чертой для всех вариантов КМП является формирование структурных изменений в миокарде и развитие недостаточности кровообращения. КМП поражает лиц самого трудоспособного возраста, является причиной инвалидизации и смертности больных молодого возраста и ранним предиктором смерти и хронической недостаточности (ХСН) – всегда означает тяжелый жизненный прогноз, что определяет социальную значимость проблемы КМП во всех странах мира [1], [2].

Цель

Выявить особенности течения кардиомиопатии.

Материал и методы исследования

Был выполнен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов с кардиомиопатиями, использовался архивный материал из учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр» за период 1 месяца 2025 года. Всем пациентам выполнялось обследование и лечение в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Статистическая