

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

обработка результатов исследования проводилась с использованием компьютерной программы «Microsoft Excel 2016». Было проанализировано 8 карт стационарного больного, из них 87% лица мужского пола, 12.5% – женского. Данные пациенты были разделены на 2 группы: пациенты с дилатационной кардиомиопатией – 1-ая группа, и пациенты с неуточненной кардиомиопатией – 2-ая группа.

Результаты исследования и их обсуждения

В ходе исследования было выявлено 4 пациента (50%) с ДКМП, из них на долю женского пола приходится 25% (1 человек), мужской пол составил 75%. У оставшихся 4 пациентов (50%) была выявлена неуточненная кардиомиопатия. Средний возраст женщин и мужчин составил 52.1 год. Данные пациенты находились в стационаре в среднем 11.37 дней.

У данных пациентов встречались следующие патологии: атеросклеротический кардиосклероз встречался в 50%, фиброз аортального клапана в 50%, фибрилляция предсердий в 62.5%, недостаточность митрального клапана в 62.5% (2 стадии у 25%, 3 стадии у 37.5 %), полная блокада пучка Гиса в 25%, желудочковая экстрасистолия в 12.5 %, нарушения ритма в виде наджелудочковой тахикардии встречались в 37.5 % случаев.

Далее были определены виды осложнений и их частота. И так, процентное содержание встречаемости следующих осложнений составили: хроническая сердечная недостаточность 2Б степени встречалась в 37.5 %. А 2А степени в 37.5 % случаев, легочная гипертензия в 50% случаев, тромб ушка правого предсердия в 12.5 %, тромб верхушки левого желудочка 12.5 %, аневризма аорты 12.5 %, гидроторакс 12.5 %, гидроперикард 12.5%.

Среди сопутствующих заболеваний преобладали: артериальная гипертензия 62,5% (1 ст. – 12.5%, 2 ст. – 25%, 3 ст. – 25%), дислипидемия составила 37.5%, сахарный диабет 2 типа 50% %, атеросклероз БЦА выявили в 37.5%, гиперурикемия в 37.5%, ХПБ в 12.5 %, нарушение жирового обмена в 25% 1 ст, а в 12.5 % – 3 ст.

Пациенты с данной патологией предъявляли следующие жалобы: одышка в покое и при физической нагрузке – 75%, боль в сердце – 50%, отеки нижних конечностей – 37.5%, быстрая утомляемость и усталость – 62.5%, увеличение живота 12.5%.

По данным ЭКГ были получены следующие данные: фибрилляция предсердий составила 50%, гипертрофия левого желудочка 37.5%, трепетание предсердий 12.5%, рубцовые изменения в области левого желудочка 50% и полная блокада левой ножки пучка Гиса 25%.

Результаты эхокардиографии следующие:

1. Фракция выброса в В-режиме в группе составила 36 [30–37]%.
2. Индекс локальной сократимости составил 1,78 [1,37–2,10]. У пациентов с дилатационной кардиомиопатией чаще прослеживался базальный перегородочный и нижнеперегородочный, а также средний переднеперегородочный и нижнеперегородочный гипокинез. У пациентов с неуточненной кардиомиопатией наблюдались обширные очаги акинеза.
3. Конечно диастолический объем составил 180[150,0–226,50]%.
4. Конечно систолический объем составил 135,0[97,50–150,50]%.
5. Размер левого предсердия в 4-х камерной позиции составил в группе: 45,00 [43,50–46,50]% / 62,50[60,00–76,00].

По данным анализов получили следующие результаты: креатинин в группе составила 103,15 [90,10–129,35], BNP(мозговой натрийуретический гормон) составил 488,00 [232,00–1260,00]%, скорость клубочковой фильтрации в группе составила 100,70 [68,80–109,30]%, также были взяты анализы на гормоны щитовидной железы,

для исключения патологии щитовидной железы, в группе получились следующие результаты: тиреотропный гормон составил 4,41 [2,48–6,40]%, тироксин свободный (F4) составил 11,30 [10,70–11,32]%.

Лечение всем пациентом проводилось консервативное. Чаще всего использовались следующие препараты: юпериио 37,5%, джардинс 25%, калийсберегающие диуретики 87,5%, бета-блокаторы 75%, варфарин 50%, розувастатин 12.5%, клопидогрел 12.5%, дапаглифлозин 12.5%. Препарат юпериио обладает большей биодоступностью, чем многие другие гипотензивные препараты, что делает его более эффективным. Препарат джардинс используется при сердечной недостаточности, при сниженной фракции выброса, а также улучшает гликемический контроль у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Дапаглифлозин также используется для контроля сахара в крови у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Таблица 1 – Характеристика данных пациентов, включенных в статистический анализ

Параметры	Результаты
Возраст	53,00[47,50–56,00]
ТТГ	4,41[2,48–6,40]
FT4	11.30 [10.70–11.32]
BNP	488.0[323.00–1260.00]
Креатинин	103,15[90,10–129,35]
СКФ	100,70 [688,80–109,30]
Индекс локальной сократимости	1,78 [1,37–2,10]
КДО	180,00 [150,00–226,50]
КСО	135,00[97,50–150,50]
Размер левого предсердия	45,00/62,50, [43,50–46,50]/[60,00–76,00]
Фракция выброса% с В-режиме	36,00 [30,00–37,00]

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования, можно сделать следующие выводы: средний возраст женщин и мужчин составил 52.1 год, что говорит о вероятности появления данного заболевания в старшем возрасте; среди осложнений кардиомипатий чаще встречались легочная гипертензия 50%, а также сердечная недостаточность 2А и 2Б степени; среди сопутствующих заболеваний преобладали: артериальная гипертензия 62,5% (1 ст. – 12.5%, 2 ст. – 25%, 3 ст. – 25%), дислипотеинемия составила 37.5%, сахарный диабет 2 типа 50%, атеросклероз БЦА выявили в 37.5%; результаты эхокардиографии стали ключевыми в постановке основного диагноза: снижение фракции выброса, повышение индекса локальной сократимости, повышение КСО и КДО, а также увеличение размеров левого предсердия. Данные лабораторных исследований оказались в пределах нормы, что исключает патологии других органов и систем (патологию щитовидной железы). Для лечения использовались чаще всего следующие препараты: юпериио, калийсберегающие диуретики, бета- блокаторы, варфарин, и препараты для лечения гипергликемии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bridgen, W. Ubcommon myocardial then on coronary cardio-myopathies / W. Bridgen // Lancet. – 1957. – № 273. – P. 1179–1184.
2. Воспалительная кардиомиопатия: современное состояние проблемы / Е. А. Белявский, К. А. Зыков, О. Ю. Нарусов // Терапевтический архив. – 2010. – № 8. – С. 62–71.