

Для уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ ЕД/л) аналогично наблюдается более высокое значение у женщин, где центральное значение составляет 171 [30; 254], в то время как у мужчин этот показатель равен 69 [42; 131]. Разброс значений у женщин варьируется от 30 до 254 ЕД/л, тогда как у мужчин диапазон составляет от 42 до 131 ЕД/л. Эти данные подтверждают более высокие уровни АСТ у женщин, а также более широкий разброс значений среди женщин.

Уровень амилазы у женщин также значительно выше, чем у мужчин, с центральным значением 1145 [136; 1770] для женщин и 324 [101; 1054] для мужчин. Разброс значений у женщин варьируется от 136 до 1770 ЕД/л, в то время как у мужчин этот диапазон ограничен от 101 до 1054 ЕД/л. Это подтверждает, что у женщин наблюдаются более высокие значения амилазы, а также более широкую вариативность показателей.

По результатам теста Манна-Уитни можно сделать вывод, что для всех представленных показателей не наблюдается статистически значимых различий между мужчинами и женщинами в данной выборке из-за ее малого количества.

Выводы

Анализ медицинских показателей между мужчинами и женщинами выявил несколько общих тенденций. В среднем, мужчины имеют более короткие сроки до госпитализации, моложе по возрасту и имеют несколько более низкие значения уровня лейкоцитов, тромбоцитов и ферментов (АЛТ, АСТ, амилаза) по сравнению с женщинами. У женщин наблюдаются более высокие значения этих показателей и более широкий разброс данных, что может свидетельствовать о более выраженных вариациях в их состояниях. В то же время, статистически значимых различий между полами по рассматриваемым параметрам не выявлено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мараховский, Ю. Х. Хронический панкреатит. Новые данные об этиологии и патогенезе. Современная классификация. Успехи в диагностике и лечении / Ю. Х. Мараховский // Русский медицинский журнал. – 1996. – Т. 4, № 2. – С. 15–22.

УДК 616.12-008.313.3-07-08

А. А. Курако, М. А. Дриневская

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ РАЗНЫХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Введение

Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия) – это хаотичное некоординированное сокращение предсердий, возникающее на фоне беспорядочной электрической активности сердца. Данная патология считается наиболее значимой проблемой современной кардиологии, так как может привести к таким состояниям как острая сердечная недостаточность или ишемический инсульт. Вероятность возникновения ФП существенно увеличивается с возрастом и среди лиц старше 60 лет может достигать 60%.

Существует фибрилляция предсердий, связанная с поражением сердечных клапанов и не связанная с данной патологией. Таким образом ранняя диагностика фибрилляции предсердий и выявление всех факторов риска позволяет снизить риск возникновения возможных осложнений.

Цель

Провести анализ течения у пациентов фибрилляции предсердий (ФП) и выявить взаимосвязь между ее формами (пароксизмальная ФП, персистирующая ФП, постоянная ФП) и сопутствующими заболеваниями. Оценить особенности лабораторных и инструментальных показателей разных форм ФП.

Материал и методы исследования

На основе ретроспективного исследования было проанализировано 33 медицинские карты пациентов мужского и женского пола с различными формами фибрилляции предсердий (ФП): пароксизмальная ФП, персистирующая ФП, постоянная ФП, которые были госпитализированы и находились на лечении в учреждении «Гомельский клинический кардиологический центр» в 2024–2025 годах. Всем пациентам выполнялось обследование и лечение в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения.

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 ходе данного исследования нами были сформированы 3 группы пациентов в зависимости от формы ФП.

В первую группу вошли 17 пациентов с пароксизмальной формой ФП, из них 10 женщин (58,8%) и 7 мужчин (41,2%). Во второй группе оказалось 8 пациентов – 4 женщины (50%) и 4 мужчин (50%). Третью группу также составили 8 пациентов, среди которых 2 женщины (25%) и 6 мужчин (75%). Средний возраст пациентов из первой группы – 72 года, из второй – 66, из третьей – 72,5 года.

Анализируемые группы сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям (таблица 1).

Артериальная гипертензия, НЖО, дислипотеидемия были наиболее выражены у пациентов 2 группы (персистирующая ФП). Атеросклероз чаще встречался у пациентов из 1 группы – 70,5%. Нарушения проводимости (АВ-блокады, СА-блокады) отмечалось в большей степени во 2 группе (25%). Недостаточность МК и АоК встречалась чаще во 2 и 3 группах соответственно. Поражение почек преобладало в 1 группе (29,4%), а СД во 2 и 3 (по 25%). Поражение ЩЖ чаще встречалось у пациентов из 2 группы – 62,5%, по сравнению с 1 и 3 группами – 47% и 25% соответственно.

Таблица 1 – Характеристика групп, включенных в статистический анализ

Параметры	Группы		
	Группа 1 (пароксизмальная ФП) N=17	Группа 2 (персистирующая ФП) N=8	Группа 3 (постоянная ФП) N=8
Пол, ж/м, %	10 (58,8%) 7 (41,2%)	4 (50%) 4 (50%)	2(25%) 6(75%)
Сопутствующие заболевания			
Артериальная гипертензия	17(100%)	8(100%)	7(87,5%)
Нарушение жирового обмена (НЖО)	4(23,5%)	5(62,5%)	2(25%)
Дислипотеидемия	14(82,4%)	8(100%)	4(50%)
Атеросклероз	12(70,5%)	4(50%)	4(50%)
Нарушение проводимости (АВ-блокады, СА-блокады)	2(11,8%)	2(25%)	0(0%)
Недостаточность МК	10(58,8%)	7(87,5%)	5(62,5%)
Недостаточность АоК	12(70,6%)	5(62,5%)	6(75%)
Недостаточность МК и АоК	9(52,9%)	5(62,5%)	4(50%)
Поражения почек	5(29,4%)	2(25%)	2(25%)
СД	3(17,6%)	2(25%)	2(25%)
Поражения ЩЖ	8(47%)	5(62,5%)	2(25%)

Также нами была проведена оценка лабораторных и инструментальных показателей, позволяющих как можно точнее оценить течение разных форм ФП у сформированных групп (таблица 2).

По результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) определялись: размер ЛП (переднезадний, 4-х камерной позиции) и фракция выброса в В- и М-режиме (ФВ).

Тенденция к большим значениям размера ЛП (переднезадний, 4-х камерной позиции) была выражена у пациентов из 3 группы (постоянная форма ФП). ФВ (В- и М-режим) имела тенденцию к большим значениям у пациентов из 2 группы.

В биохимическом анализе крови оценивался уровень общего белка (ОБ), АЛТ, АСТ, Na-уретического пептида и креатинина.

Достоверных изменений показателей биохимического анализа крови (общего белка, АЛТ и АСТ) в группах не выявлено. Уровень Na-уретического пептида имел наиболее выраженную тенденцию к большим значениям у пациентов с персистирующей формой ФП, на втором месте были пациенты с постоянной формой ФП. У пациентов из 2 группы отмечалась тенденция к наибольшим значениям креатинина по сравнению с остальными группами.

Таблица 2 – Изменения показателей лабораторно-инструментальных показателей у пациентов, Me [Q₂₅–Q₇₅]

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	p-value 1,2	p-value 2,3	p-value 1,3
Возраст, лет	72[66–77]	66 [63–69,5]	72,5[62–84,5]	0,090584	0,316998	0,838253
ЭхоКГ						
Размер ЛП (переднезадний), мм	44[42–46]	46,5[43,5–49,5]	49[41–57]	0,205651	0,684375	0,215534
Размер ЛП (4-х камерной позиции), мм	39[37–43]	42,5[40,5–44,5]	42[40–48]	0,162889	0,727283	0,110900
Размер ЛП (4-х камерной позиции), мм	57[50–58]	58,5[52,5–63]	60[54–76]	0,496424	0,727987	0,167456
ФВ (М-режим), %	58 [54,5–59]	63[54,5–66,5]	52[37–61]	0,423758	0,113847	0,147731
ФВ (В-режим), %	57[54–62]	60[48,5–67]	56[41–60]	0,735544	0,342782	0,309760
Биохимический анализ крови						
АЛТ	18,4[14,35–26,05]	24,05[19,65–24,8]	25[18,1–35,5]	0,257262	0,385419	0,204155
АСТ	22,9[21,05–28,4]	24,75[21,25–26,05]	29,5[23,1–37]	0,645962	0,093339	0,088185
Общий белок	71,25[66,95–73,8]	67,8[64,5–76,3]	71,6[67,25–74,75]	0,482737	0,772338	0,902502
На-уретический пептид	90,8[31–143]	154[76,6–283]	104[99,2–150]	0,100413	0,784191	0,193877
Креатинин	90[78,45–115,3]	103,3[90,6–112,05]	97,75[87,85–121,3]	0,560733	0,874826	0,408406

Выводы

У большинства пациентов наблюдается наличие артериальной гипертензии. Пациенты с персистирующей формой ФП показывают более выраженные нарушения сердечно-сосудистой системы, включая недостаточность клапанов.

По результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) отмечается более высокий уровень размера ЛП (переднезадний) в группе с постоянной ФП. Фракция выброса в М-режиме была выше у пациентов из группы с пароксизмальной ФП по сравнению с группой с постоянной ФП, что может свидетельствовать о лучшей сократительной способности сердца у пациентов с пароксизмальной формой ФП. Значения ФВ в В-режиме были сопоставимы во всех трех группах, что указывает на стабильность этого показателя независимо от формы фибрилляции. Уровень На-уретического пептида был наиболее выражен у пациентов с персистирующей формой ФП. Пациенты с постоянной формой ФП также показали повышенные значения, но в меньшей степени.

Результаты исследования показывают, что форма фибрилляции предсердий влияет на размеры сердца и функциональные показатели, такие как фракция выброса. В то же время, биохимические показатели остаются относительно стабильными между группами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 904 с.