

УДК 616.12–008.46–036.12–071/-072

**КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Сидак А. А., Штульман М. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец

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

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — клинический синдром, характеризующийся типичными симптомами (одышка, отеки лодыжек, усталость), которые могут сопровождаться признаками (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки), обусловленными структурными и (или) функциональными изменениями сердца, приводящими к снижению сердечного выброса и повышению внутрисердечного давления в покое или при нагрузке [1]. Распространенность ХСН I–IV классов по NYHA в популяции Европейской части России составила 12,3 %, а III–IV — 2,3 % [1]. Этиологические факторы ХСН: ИБС — 40 % (Фремингемское исследование), 60 % (Euro Heart Survey HF), 66 % (ЭПОХА — ХСН, Россия); после инфаркта миокарда — 19 % (ЭПОХА-ХСН); артериальная гипертензия — у 30 % мужчин и у 37 % женщин (Фремингемское исследование); в 80 % случаев как самостоятельная причина или в сочетании с другими причинами (ЭПОХА — ХСН); пороки сердца — 14 % (Euro Heart Survey HF); 7,5 % (ЭПОХА — ХСН); дилатационная кардиопатия — 11 % (Euro Heart Survey HF); 3,5 % (ЭПОХА — ХСН) [3].

Цель

Провести анализ причин, факторов риска, изменений при лабораторных и инструментальных методах исследований, амбулаторного медикаментозного лечения у пациентов с тяжелой хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГУЗ «ГТКБСМП». Был проведен ретроспективный анализ 35 медицинских карт пациентов, которые находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении с декомпенсацией ХСН в период с ноября 2019 по март 2020. Был проведен статистический анализ по программе «Statistica» 7.0.

Результаты исследования и их обсуждения

Соотношение мужчин и женщин составило 69 и 31 % соответственно. Возраст пациентов был от 41 до 90 лет, средний возраст составил 70 ± 10 лет. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке. У 46 % пациентов диагнозом при направлении была «Внегоспитальная пневмония», у 40 % — «ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз, декомпенсация ХСН», у 14 % — «ХОБЛ, обострение». Причины ХСН: ИБС — 83 %; дилатационная кардиомиопатия — 8 %, ХРБС — 3 %, постмиокардитический кардиосклероз — 6 %. У 8,5 % пациентов была H2A стадия по Василенко — Стражеско, у 91,5 % — H2Б. Вредные привычки: курение — 80 % пациентов, употребление алкоголя — 23 %. По продолжительности ХСН: впервые выявлен данный диагноз у 26 % пациентов. Рентгенография органов грудной клетки: у 91 % — признаки венозного застоя 1–2 степени, из них — 11 % — гидроторакс. ЭКГ-исследование: фибрилляция предсердий наблюдается у 45 %, блокада правой ножки пучка Гиса — 5 %, блокада левой ножки пучка Гиса — 12 %, одиночная желудочковая экстрасистолия — 8,5 %, трепетание предсердий — 3 %, признаки рубцовых изменений левого желудочка — 17 %, признаки гипертрофии левого желудочка — 48 %.

По результатам эхокардиографии сердца было выделено 2 группы: пациенты с фракцией выброса левого желудочка (ФВ) была сохраненной (ФВ $\geq 50\%$), что составило 63 % и пациенты со сниженной ФВ — 37 % пациентов. В группе с сохраненной ФВ отмечалась микроцитарная анемия в 20 % случаев, лейкоцитоз у 50 % пациентов, ускорение СОЭ у 70 %. Изменения биохимических показателей были следующие: повышение мочевины и креатинина — у 50 %, гипербилирубинемия — в 30 % случаях, гиперхолестеринемия — у 10 %, АсАТ увеличен в 20 % случаев, АлАТ повышен — у 10 % пациентов. Гипернатриемия наблюдалась у 10 %, гиперкалиемия — у 20 %, повышение уровня хлора — у 40 %. В группе пациентов со сниженной ФВ выброса левого желудочка отмечалась: микроцитарная анемия у 33 % пациентов; лейкоцитоз — у 50 % исследуемых; ускорение СОЭ — у 17 %. Повышение уровня креатинина и мочевины наблюдалось у 67 %; гипербилирубинемия наблюдается у 50 % пациентов, общий холестерин в пределах нормы у 100 % группы, АсАТ увеличен в 33 % случаев, гипернатриемия — у 17 %; гиперкалиемия — у 50 %; повышение уровня хлора — у 17 %. Был проведен сравнительный анализ лабораторных показателей (параметрическое распределение, критерий Стьюдента). Мы не получили статистически значимые различия в лабораторных показателях. Далее был рассчитан индекс коморбидной патологии Чарльсона для каждой группы, который оценивает отдаленный прогноз. Для первой группы Чарльсона составил равен 5,1, для второй группы — 3,8. Амбулаторное лечение соблюдает только 78 %, 22 % — нет. Блокаторы системы ренин — ангиотензин — альдостерон были назначены только 76 % пациентов. β -адреноблокаторы были рекомендованы и назначены 53 % пациентов с ХСН. Ивабрадин был назначен только 2 % пациентов, спиронолактон — 31 % пациентов. 59,3 % пациентов рекомендовались мочегонные препараты.

Выводы

У 26 % пациентов ХСН диагностируется впервые в поздних стадиях, что указывает на недостаточную раннюю диагностику ХСН.

Для пациентов с сохраненной ФВ выброса левого желудочка характерны большее количество сопутствующих заболеваний. Для пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка более часто встречается микроцитарная анемия, нарушение функции почек.

Терапия ХСН в реальной амбулаторной практике является недостаточной, что ведет к резкому ухудшению прогноза жизни для пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) / Ф. Т. Агеев [и др.] // Сердечная недостаточность. — 2004. — № 1. — С. 4–7.
2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure // European Journal of Heart Failure. — 2016. — № 18. — P. 891–975.
3. Prevalence of unrecognized heart failure in older persons with shortness of breath on exertion / van Riet EES [et al.] // Eur J Heart Fail. — 2014. — № 16. — P. 772–777.

УДК 159.942/.947:616.379-008.64

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сидоренко А. Н.

**Научные руководители: ассистент кафедры А. Ю. Прислонская;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Сахарный диабет представляет собой одно из самых распространенных неинфекционных заболеваний в мире. Является четвертой ведущей причиной смерти в боль-