

от 60 лет и выше. Было выявлено, что на стационарном этапе абсолютно все пациенты (100 %) принимали статины в качестве гиполипидемической терапии. Однако на амбулаторном этапе готовность продолжить прием данных препаратов составила 43 % от общего количества больных. Это связано с тем, что пациенты среднего возраста (1-я группа) уделяют большое внимание развитию побочных эффектов (69 %) и стремлением сэкономить денежные средства (21 %), что снижает приверженность лечению статинами в данной возрастной группе. Снижение приверженности у пациентов 2-й группы связано с наличием коморбидного фона и проводимой в связи с этим политерапией. Поэтому пациенты пожилого и старческого возраста готовы отказаться от приема гиполипидемических лекарственных средств (81 %) на амбулаторном этапе лечения. Также в ходе анкетирования было установлено следующее: в обеих группах пациенты, которые готовы продолжать гиполипидемическую терапию самостоятельно на амбулаторном этапе, имеют более тяжелые формы хронической ИБС — стенокардию III–VI функциональных классов и повторный инфаркт миокарда в анамнезе. Это оказывает непосредственное положительное влияние на приверженность к лечению статинами в отличие от пациентов с низкими функциональными классами стабильной стенокардии напряжения, которые не планируют прием данных препаратов после выписки из стационара. Установлено, что 82,5 % пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и опасяющихся побочных эффектов, готовы принимать гепатопротекторы на фоне терапии статинами, что вероятно снизило бы риск развития нежелательных реакций со стороны гепато-билиарной системы.

Выводы

Таким образом, приверженность к продолжению гиполипидемической терапии в группе больных с хроническими формами ИБС низкая, на что оказывает влияние как цена препарата, так и ряд развития побочных эффектов, не вполне адекватная оценка тяжести заболевания и прием большого количества лекарственных средств из-за наличия коморбидного фона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ежов, М. В. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза / М. В. Ежов // Российские рекомендации, VI пересмотр. Атеросклероз и дислипидемии. — 2017. — С. 3–22.
2. Житникова, Л. М. «Новые» статины — новые возможности для врача и пациента / Л. М. Житникова // Рос.мед. журн. — 2011. — № 29. — С. 1832–1834.
3. Золотовская, И. А. Персонализированный подход: в фокусе современной стратегии повышения приверженности к лечению / И. А. Золотовская, Д. В. Дупляков // Кардиология: Новости. Мнение. Обучение. — 2016. — № 3. — С. 51–55.
4. Зыков, М. В. Приверженность к гиполипидемической терапии в течение 3-х лет после ОКС / М. В. Зыков, С. А. Бернс // Атеросклероз и дислипидемии. — 2017. — № 2 (27). — С. 58–66.
5. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk / F. Mach [et al.] // Eur. Heart J. — 2019. — P. 1–78.

УДК 616.127-005.8-07:547.426.23

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Короленко Н. А., Кобылко Л. А., Грицкевич Н. В.

**Научные руководители: д.м.н., доцент Д. П. Саливончик;
ассистент Е. А. Степанец**

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

Введение

Заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается высокой. У пациентов, имеющих сахарным диабетом (СД) в анамнезе, смертность от ин-

фаркта миокарда (ИМ) достигает 25 % в течение первого года заболевания. Помимо прочего, сочетание этих двух патологий сопровождается высоким риском смерти, низким качеством жизни, большой вероятностью повторных инфарктов и инсультов. В ряде рандомизированных многоцентровых исследований подчеркивается нарушение липидного и фосфолипидного обмена, играющее ключевую роль в развитии атеросклероза и ишемии миокарда, особенно на фоне СД. Липидный спектр включает определение: общего холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), а также содержание триглицеридов. Выделяют 4 типа дислипидемии. В атерогенезе значима роль не только липопротеидов низкой плотности, но и роль триглицеридов. Повышение уровня триглицеридов характерно для пациентов с сахарным диабетом, поражением почек, при подагре.

Цель

Провести анализ липидного спектра пациентов, перенесших ИМ. Оценить уровень триглицеридов в крови.

Материал и методы исследования

Было проанализировано 100 историй болезни пациентов отделения реабилитации У ГОКГИОВ в подострый период ИМ. На основании исследования создана база данных «Microsoft Excel». Обработка данных проводилась с использованием компьютерного статистического пакета «Statistica» 6.0. Качественные показатели представлялись в виде абсолютных чисел и доли (в %) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди проанализированных историй пациентов, перенесших ИМ левого желудочка 70 % составили мужчин, 30 % — женщины. 65 % пациентов с Q ИМ левого желудочка, 28 % с не Q ИМ, 7 % с повторным ИМ. По локализации с Q ИМ 62 % приходится на задне-диафрагмальную область левого желудочка. Среди пациентов с не Q ИМ преобладает передне-перегородочно-верхушечно-боковая локализация — 54 %. Среди пролеченных пациентов 65 % были с избыточной массой тела или ожирением различной степени. Проводилась оценка параметров липидного спектра пациентов. Оценив липидный спектр пациентов были выявлены следующие изменения. Уровень общего холестерина (норма для пациентов с ИМ менее 4,9 ммоль/л): у 79 % пациентов показатель общего холестерина превышал 4,9 ммоль/л. Оценка уровня ЛПНП (норма менее 3 ммоль/л, а для пациентов с высоким риском и очень высокие, перенесшими ИМ показатель ЛПНП должен составлять менее 1,8 ммоль/л). ЛПНП более 3 ммоль/л выявлено у 18 % пациентов, целевой уровень ЛПНП < 1,8 ммоль/л был достигнут у 35 % пациентов.

Оценка уровня триглицеридов. Нормальный показатель триглицеридов менее 1,8 ммоль/л. В 25 % случаев было выявлено повышения уровня триглицеридов более 1,8 ммоль/л, что составляет 1/4 часть всех пациентов, перенесших ИМ левого желудочка. Среди 25 пациентов с повышенным уровне триглицеридов в 100 % выявлен избыточный вес или ожирение. У 6 (24 %) человек был сахарный диабет, у 22 человек — артериальная гипертензия, у 1 пациента подагра, у 1 пациента — единственная почка. Гипертриглицеридемия в 56 % наблюдается у пациентов с Q ИМ левого желудочка. Уровень триглицеридов представлена на рисунке 1.

Хотелось бы отметить, что для расчета уровня ЛПНП используется следующая формула: $ЛПНП = ОХ - ЛПВП - (ТГ/2,2)$. Таким образом имея изначально высокий уровень ТГ, будет снижение показателя ЛПНП, что может повлиять на схему лечения дислипидемии пациентов с ИМ.

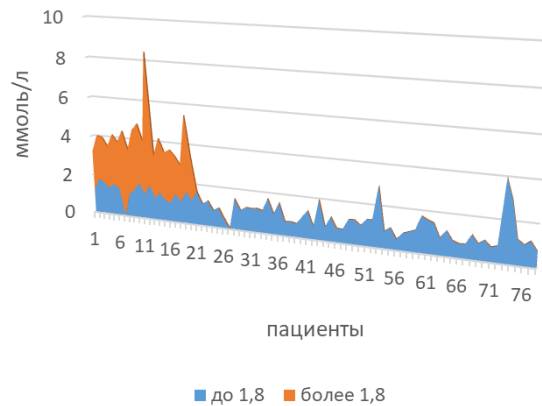


Рисунок 1 — Уровень триглицеридов

Выводы

1. Необходим дифференцированный подход к пациентам с повышенным уровнем триглицеридов в крови. Выделение группы пациентов с гипертриглицеридемией и проведение дополнительного обследования (скрининга) для выявления раннего нарушения углеводного обмена.
2. У пациентов с гипертриглицеридемией рассмотреть применение стратегии комбинированного лечения дислипидемии.

УДК 616.33/342-002.44

ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Котова В. С., Алексейчик Е. С.

Научный руководитель: старший преподаватель *О. А. Ярмоленко;*
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

Введение

Язва желудка (ЯЖ) и 12-перстной кишки — хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии. Основным признаком данного заболевания является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), проникающего, в отличие от поверхностных повреждений слизистой оболочки (эрозий), в подслизистый слой.

Цель

Изучить возрастную, гендерную структуру, сезонность, особенности заболевания, сопутствующую патологию у пациентов с язвой желудка и (или) 12-перстной кишки.

Материал и методы исследования

Проводился ретроспективный анализ историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «ГГКБ № 3» с диагнозом «Хроническая язва желудка и (или) 12-перстной кишки, обострение» или «Впервые выявленная язва желудка и (или) 12-перстной кишки» за 2019 г. Оценивались такие параметры как пол, возраст, диагноз, сопутствующие заболевания, осложнения, сезонность, длительность пребывания в стационаре. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2010».