

ISSN 2224-6975

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

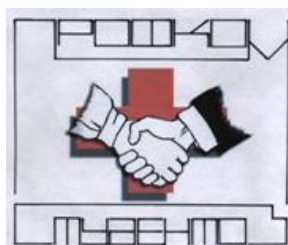


# ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Сборник научных статей  
XII Республиканской научно-практической конференции  
с международным участием студентов и молодых ученых  
(г. Гомель, 8 октября 2020 года)

В восьми томах

Том 2



Гомель  
ГомГМУ  
2020

**УДК 61.002.5**

Сборник содержит результаты анализа проблем и перспектив развития медицины в мире по следующим разделам: кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Во 2-й том сборника вошли материалы секции: «Внутренние болезни».

**Редакционная коллегия:** *А. Н. Лызиков* — доктор медицинских наук, профессор, ректор; *Е. В. Воронаев* — кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП; *И. А. Никитина* — кандидат биологических наук, заведующий кафедрой общей, биоорганической и биологической химии; *В. В. Потенко* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой биологии с курсами нормальной и патологической физиологии; *Е. И. Михайлова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии; *А. А. Лызиков* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии; *Ю. М. Чернякова* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом анестезиологии; *З. А. Дундаров* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2; *Т. Н. Захаренкова* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП; *В. Н. Жданович* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анатомии человека с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии; *И. Л. Кравцова* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии; *И. А. Боровская* — кандидат филологических наук, доцент, заведующий кафедрой иностранных языков; *А. Л. Калинин* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней; *Е. Г. Малаева* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 с курсом эндокринологии; *Н. Н. Усова* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии; *Э. Н. Платошкин* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ФПКиП; *Д. А. Чернов* — начальник военной кафедры; *В. Н. Бортновский* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; *С. Н. Бордак* — кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой социально-гуманитарных дисциплин; *Е. Л. Красавцев* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой инфекционных болезней; *И. В. Буйневич* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии с курсом ФПКиП; *Д. В. Тапальский* — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии; *И. В. Михайлов* — заведующий кафедрой онкологии; *И. Д. Шляга* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом офтальмологии; *Л. В. Дравица* — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры оториноларингологии с курсом офтальмологии; *Л. А. Мартемьянова* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии; *Т. С. Угольник* — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры биологии с курсами нормальной и патологической физиологии; *А. И. Зарянкина* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой педиатрии; *И. М. Петрачкова* — кандидат филологических наук, доцент, заведующий кафедрой русского языка как иностранного; *Г. В. Новик* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой физвоспитания и спорта.

**Рецензенты:** проректор по учебной работе, кандидат биологических наук, доцент *С. А. Анашкина*; проректор по лечебной работе, кандидат медицинских наук, доцент *Д. Ю. Рузанов*.

**Проблемы и перспективы развития современной медицины:** сборник научных статей XII Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых (г. Гомель, 8 октября 2020 года): в 8 т. / А. Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 3,51 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2020. — Т. 2. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

**СЕКЦИЯ 5  
«ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

УДК 615.155.194-07-053.2

**ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ**

*Авдейчик И. В., Железнякова Д. А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *С. А. Ходулева*

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

***Введение***

Во всем мире анемии подвержено 1,62 млрд человек, что соответствует 24,8 % населения. Наибольшая распространенность отмечается среди детей дошкольного возраста, на их долю приходится почти половина всех случаев (47,4 %). Как у взрослых, так и у детей лидирующую позицию среди анемий занимает железодефицитная анемия (ЖДА). Важным аспектом при первичной диагностике анемии является проведение дифференциального диагноза между различными патогенетическими вариантами анемии. Современный подход к дифференциальной диагностике анемий включает в себя 3 этапа. На начальном этапе диагностического поиска основной целью является определение морфологического варианта анемии, который устанавливается по эритроцитарным индексам: средний объем эритроцита (MCV); среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), а также по уровню ретикулоцитов (Ret). На основании показателя MCV анемии подразделяются на микроцитарные (< 80 фл), нормоцитарные (80–95 фл) и макроцитарные (> 95 фл). Естественные и биологические вариации, иногда в сочетании с патологическим состояниями, часто приводят к большим колебаниям MCV, что делает его не всегда надежным диагностическим тестом. Более стабильным и стандартным индексом считается MCH. В норме MCH колеблется от 27–33 pg, его уменьшение свидетельствует о гипохромии, а увеличение — о гиперхромии. Значение ретикулоцитов используют для оценки степени регенерации анемии. Целью второго этапа является определение патогенетического варианта анемии, т. е. основного механизма, который обусловил снижение уровня гемоглобина в данном конкретном случае. Третьим этапом является установление нозологической формы анемии [1].

***Цель***

Оценить значимость эритроцитарных индексов для дифференциальной диагностики анемий у детей на первом этапе диагностического поиска.

***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на базе гематологического отделения для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Проанализированы данные амбулаторных карт и историй болезней 80 пациентов в возрасте от 11 месяцев до 18 лет с различными вариантами анемии. Все дети были разделены на 4 группы: 1-я — 36 пациентов с ЖДА; 2-я — 15 пациентов с аутоиммунной гемолитической анемией (АИГА); 3-я — 15 детей с наследственным сфероцитозом (НС) и 4-я группа — 14 пациентов с апластической анемией (АА). В каждой группе оценивали показатели уровня эритроцитов (RBC), гемоглобина (HGB), MCV, MCH и Ret при инициальной диагностике заболевания. Диагноз ЖДА верифицировался

на основании сниженного уровня сывороточного ферритина, АИГА — на основании положительного прямого теста Кумбса, НС — по оценке осмотической резистентности эритроцитов и АА — на основании результатов трепанобиопсии костного мозга.

Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Statistica» 10.0 (StatSoft, USA). Использовались непараметрические методы с расчетом медианы (Me), верхнего и нижнего квартиля. Значимость различий оценивали методом согласованности пар с использованием критерия Уилкоксона. При оценке достоверности различий использовали порог значений достоверности  $p < 0,05$ .

#### Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов в группе ЖДА составил  $8,0 \pm 6,5$  лет, при АИГА —  $12,2 \pm 6,4$  лет, с диагнозом наследственный сфероцитоз —  $6,8 \pm 6,3$  лет и при АА —  $10,5 \pm 6,2$  лет. Анализируемые лабораторные показатели в различных группах наблюдения представлены в таблице. В 1-й группе (пациенты с ЖДА) в соответствии с медианами показателей: MCV (64,8 fL), MCH (22,0 pg) и Ret (1,18 %), анемия имела следующие морфологические характеристики: микроцитарная гипохромная норморегенераторная. Степень тяжести анемии оценена как легкая: медиана по уровню HGB составила 99 г/л. В нашей работе АИГА (2-я группа) характеризовалась нормальными показателями эритроцитарных индексов и умеренной гиперрегенераторной реакцией по уровню Ret. При НС отмечено снижение показателей MCV, MCH ниже референтных значений: 75,4 fL и 25,9 pg соответственно. Однако при сравнении с группой ЖДА достоверная разница ( $p < 0,05$ ) получена только по показателю MCV. Таким образом, НС можно характеризовать как микроцитарную нормохромную анемию. Отличительной характеристикой данной группы являлось наличие микросфероцитов в мазке крови и наиболее выраженный ретикулоцитоз. У пациентов с АА, в отличие от других анализируемых анемий наблюдался достоверно более низкий уровень эритроцитов ( $p < 0,05$ ). Чаше анемия носила среднетяжелое течение, на что указывает значение медианы HGB — 88,65 г/л. Эритроцитарные индексы MCV, MCH позволили считать данную анемию нормохромной и нормоцитарной. Количество ретикулоцитов указывает на норморегенераторный тип эритропоэза (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели эритроцитарных индексов при различных вариантах анемии у детей

Группы пациентов	RBC, $\times 10^{12}/л$	HGB, g/l	MCV, fL	MCH, pg	Ret, %
	Me [25 %; 75 %]	Me [25 %; 75 %]	Me [25 %; 75 %]	Me [25 %; 75 %]	Me [25 %; 75 %]
1-я (n = 36)	4,48 [3,99; 4,77]	99 [88,08; 111]	64,8 [62,5; 74,8]	22,0 [19,35; 25,15]	1,18 [0,94; 1,46]
2-я (n = 15)	3,09 [2,64; 4,45]	91,3 [82,5; 116,5]	80,4 [78,9; 83,5]	28 [26,1; 30,5]	4 [1,93; 13,4]
3-я (n = 15)	3,64 [3,21; 3,93]	93,3 [88,38; 109]	75,4 [72,68; 78,23]	25,9 [24,78; 28,98]	6,5 [4,15; 8,33]
4-я (n = 14)	2,88 [2,39; 3,23]	88,65 [80,73; 103,75]	91 [87,7; 91,7]	31,75 [31,05; 34]	0,87 [0,8; 1,06]

#### Выводы

Эритроцитарные индексы высоко чувствительны при определении морфологического характера анемии, что является важным для первого этапа дифференциальной диагностики патогенетического варианта анемии. Отличительной особенностью ЖДА является выраженное снижение показателей MCV, MCH, на что следует в первую очередь обращать внимание. Следующим этапом закономерно будет лабораторное подтверждение истинного дефицита железа. В случае диагностики нормохромной нормоцитарной анемии следует заподозрить другие патогенетические варианты анемий, определить наличие дополнительных признаков (ретикулоцитоз, изменение морфологии эритроцитов, уровень лейкоцитов и тромбоцитов, изменения в лейкоцитарной формуле) и составить план обследования пациента, направленный на уточнение диагноза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова, И. Клиническая и лабораторная гематология / И. Новикова, С. Ходулева // Litres. — 2017.

УДК 616-071.1

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

*Аль-Шавеш Абдулджалил*

**Научный руководитель: старший преподаватель О. А. Ярмоленко**

**Учреждение образования**

**Гомельский государственный медицинский университет  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Сердечная недостаточность стоит на третьем месте среди причин госпитализации и на первом месте у лиц старше 65 лет. В возрастной группе старше 45 лет каждые 10 лет заболеваемость удваивается. Заболеваемость сердечной недостаточностью увеличивается с возрастом. Параллельно заболеваемости продолжает расти смертность — 50 % больных тяжелой сердечной недостаточностью, относящихся к IV классу по классификации NYHA, живет 1 год. Затраты на лечение хронической сердечной недостаточностью в развитых странах составляют до 2 % от всех средств медицинского бюджета. Стоимость госпитализации составляет две трети всех затрат и увеличивается с распространением заболевания.

Пациентам показаны занятия лечебной физкультурой, здоровый образ жизни; большое значение имеет правильное трудоустройство. К общим мероприятиям относятся: ограничение физической нагрузки и соблюдение диеты.

Для профилактики тромбообразования в камерах сердца и развития тромбоэмболий назначают так называемые антикоагулянты, угнетающие активность свертывающей системы крови. Обычно назначают так называемые непрямые антикоагулянты (варфарин и др.).

При неэффективности имеющегося в настоящее время арсенала лекарственных средств, используемого для лечения хронической сердечной недостаточности, может быть рекомендовано хирургическое лечение.

### ***Цель***

Изучить приверженность пациентов с хронической сердечной недостаточностью следованию врачебным рекомендациям.

### ***Материал и методы исследования***

Обследовано 25 пациентов в возрасте 40 лет и старше. В ходе проводимой лекарственной терапии пациентам назначен ряд препаратов: Лизитар (Лизиноприл), Индапамид (Индапафон, Индалонг), Ривороксабан (Ксарелто), Аторвастатин, Карведиол (Карвелэнд), Фитохол (Артихол), Амлодипин, Аллопуринол, Аспикард, Метопролол, Гликлазид, Лозартан (Лориста), Торасемид, Спиринолактон, Розувостатин, Моксонидин, Периндоприл, Ацетилцистеин (АЦЦ), Хондромед, Нисит, Бисопролол (Бикард), Рамиприл, Фурамаг (Фуразидин), Милдронат (Милдрокард), Нифедипин (Нифекард), Кандесартан (Касарк), Пантопрозол (Пантап), Фуросемид, Варфарин, Гидрохлортиазид (Лориста), Цетиризин (Аллеркапс), Клопидогрель, Изосорбида мононитрат (Монокапс), Амиодарон, Молсидомин, Гефал, Лансопрозол (Лансазол), Этацизин. Проводился опрос среди пациентов по поводу соблюдения назначенной им диеты и рекомендаций, количества употребляемой соли и воды, факторов провоцирующих ухудшение состояния, а также в каком возрасте возникло заболевание.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В ходе проведенного анализа выяснилось, что Лизитар (Лизиноприл) принимают 5 (20 %) человек, Индапамид (Индапафон, Индалонг) — 14 (56 %), Ривороксабан (Кса-

релто) — 11 (44 %), Аторвастатин — 18 (72 %), Карведиол (Карвелэнд) — 7 (28 %), Фитохол (Артихол) — 2 (8 %), Амлодипин — 5 (20 %), Аллопуринол — 1 (4 %), Аспикард — 16 (64 %), Метопролол — 9 (36 %), Гликлазид — 1 (4 %), Лозартан (Лориста) — 8 (32 %), Торасемид — 3 (12 %), Спиринолактон — 11 (44 %), Розувостатин — 1 (4 %), Моксонидин — 2 (8 %), Периндоприл — 2 (8 %), Ацетилцистеин (АЦЦ) — 2 (8 %), Хондромед — 2 (8 %), Нисит — 2 (8 %), Бисопролол (Бикард) — 5 (20 %), Рамиприл — 6 (24 %), Фурамаг (Фуразидин) — 1 (4 %), Милдронат (Милдрокард) — 2 (8 %), Нифедипин (Нифекард) — 4 (16 %), Кандесартан (Касарк) — 3 (12 %), Пантопрозол (Пантап) — 5 (20 %), Фуросемид — 7 (28 %), Варфарин — 2 (8 %), Гидрохлортиазид (Лориста) — 4 (16 %), Цетиризин (Аллеркапс) — 1 (4 %), Клопидогрель — 3 (12 %), Изосорбида мононитрат (Монокапс) — 2 (8 %), Амиодарон — 3 (12 %), Молсидомин — 2 (8 %), Гефал — 1 (4 %), Лансопрозол (Лансазол) — 1 (4 %) и Этацизин — 1 (4 %) пациент. Контроль употребления в рацион соли подразумевает не более 3 г/день пациентам с ХСН; соблюдает контроль 7 (68 %) пациентов, не соблюдает — 4 (16 %) и вообще не употребляет соль — 4 (16 %) пациентов. Количество выпитой воды в день у 5 (20 %) пациентов — 1,0–1,5 л/день, у 4 (16 %) — 1,5 л/день, у 8 (32 %) — 1,0 л/день, у 2 (8 %) — 2,0 л/день, у 1 (4 %) — 0,5 л/день, у 1 (4 %) — 2,5 л/день. Диету не соблюдают — 7 (28 %); исключили из рациона жиры животного происхождения, сладости и мучное — 5 (20 %); соблюдают гиполипидемическую диету — 9 (36 %); 1 (4 %) — не в полной мере соблюдает диету и 1 (4 %) — ограничил жиры в рационе. Факторы провоцирующие ухудшение состояния: у 8 (32 %) — это стресс, физическая нагрузка; у 5 (20 %) — стресс, физическая нагрузка, переохлаждение; у 10 (40 %) — стресс, незначительная физическая нагрузка; у 1 (4 %) — стресс, незначительная физическая нагрузка, жирная пища; у 1 (4 %) — стресс. По времени возникновения (в каком возрасте возникло): в возрасте от 40 до 50 лет — 6 (24 %); от 54 до 60 лет — 15 (60 %); от 63 до 70 лет — 4 (16 %).

### **Выводы**

Таким образом, результаты исследования показали, что пациенты с хронической сердечной недостаточностью привержены выполнять назначенные им рекомендации.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Ройтберг, Г. Е.* Сердечно-сосудистая система / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 6-е изд., перераб. и доп. — М., 2019. — С. 227.
2. *Органова, Р. Г.* Национальные клинические рекомендации / Р. Г. Органова; под ред. Р. Г. Огановой. — 2-е изд. — М.: Силиця — Полиграф, 2009. — С. 528.
3. *Даниелян, М. О.* Прогноз и лечение хронической сердечной недостаточности (данные 20-летнего наблюдения): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06 / М. О. Даниелян. — М., 2001. — 24 с.

**УДК 616.127-005.4-085.22**

## **АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МИЛДРОНАТОМ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА**

*Андросов С. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. А. Николенко**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

В лечении ишемической болезни сердца (ИБС) за последнее время достигнуты высокие результаты, но несмотря на это пациенты с коронарной патологией в по-

давляющем большинстве случаев умирают по причине внезапной сердечной смерти (ВСС), которая связана с возникновением желудочковых тахикардий (ЖА) высоких градаций [1]. Патогенез электрической нестабильности миокарда связан с нарушением обмена веществ в кардиомиоцитах в период гипоксии. Использование препаратов с цитопротекторным действием, способных восстанавливать метаболизм в ишемизированном миокарде, может оказать положительный эффект в лечении желудочковых тахикардий [2].

### **Цель**

Изучить эффект действия милдроната в сочетании со стандартной антиангинальной терапией на динамику параметров variability сердечного ритма (ВСР) и частоту возникновения желудочковых аритмий у больных с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией (СС) III функционального класса (ФК).

### **Материал и методы исследования**

Пациенты с диагнозом ИБС: СС III ФК, которых включили в исследование, были разделены на две группы: группа сравнения ( $n = 20$ ) и группа контроля ( $n = 30$ ). Всем больным с помощью суточного мониторирования ЭКГ проводили анализ динамики частоты различных видов желудочковых аритмий (одиночные, парные, залповые экстрасистолы), а также показателей variability сердечного ритма как LF, SDNN, HF.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всем пациентам исходно назначали стандартную антиангинальную терапию, включающую в себя: кардиоселективный  $\beta_1$ -адреноблокатор (метопролола сукцинат — 200 мг/сут), ингибитор АПФ (рамиприл — 10 мг/сут), статины (розувастатин — 20 мг/сут), амлодипин (5–10 мг/сут), кардиомагнил (75 мг/сут).

Данная терапия в выбранных дозовых режимах проводилась в течение всего периода исследования. При неэффективности стандартной антиангинальной терапии пациенту назначали амиодарон и исключали из исследования.

Через месяц стандартной терапии в первой группе добавили милдронат (Grindex, Латвия, капсулы по 250 мг) в дозе 750 мг/сут на один месяц [3]. Затем кардиопротектор отменяли и продолжали антиаритмическую/антиангинальную терапию еще 2 месяца. Группа контроля в течение 4 месяцев получала стандартную терапию.

Пациентам, которые были включены в исследование, проводилось суточное мониторирование ЭКГ. Изначально были выявлены: частые одиночные, парные и залповые ЖЭ. Так же следует отметить, что превалирует дневной тип аритмии. ЖА появлялась или усугублялась на физическую нагрузку и сопровождалась депрессией ST на ЭКГ. В течение первого месяца исследования на фоне стандартной терапии был достигнут целевой уровень ЧСС (55–65 в мин), а также наблюдалось снижение частоты одиночных ЖЭ на 62 % днем, в первую половину ночи — на 66 %, а в ранние утренние часы — 41% от исходного. Количество парных ЖЭ снизилось днем на 78 %, ночью — на 94 %, а в утренние часы — на 77 %. Залповых ЖЭ стало меньше днем на 67 %, утром — на 79 %.

Через месяц применения милдроната отмечалось усиление антиаритмического действия метопролола, что проявлялось в дальнейшем снижении частоты одиночной ЖЭ в дневной период на 77 %, в ночное время — на 82% и на 72 % — в ранние утренние часы. Выявлено также снижение количества парных ЖЭ днем на 83 %, ночью — на 98 %, а в утренние часы — на 89 %. Залповые ЖЭ в дневной период полностью купировались, а в утренние часы их частота снизилась на 96 %. Причем, следует отметить, что антиаритмический эффект милдроната сохранялся в течение двух месяцев после его отмены. Во второй группе пациентов (группа контроля) достоверных изменений исследуемых параметров со второго месяца терапии не выявлено.

Исходно, у всех пациентов выявлены низкие значения показателей SDNN и HF и преобладание симпатических модуляций (LF) над парасимпатическими (HF) в обеих группах пациентов.

Через один месяц стандартной антиангинальной терапии был выявлен рост показателей SDNN в дневное время на 31 %, в ночное — 59 % и 37 % — ранним утром от исходных данных в первой и второй группе соответственно. Включение в терапию цитопротектора достоверно не привело к изменению показателя SDNN днем и в ранние утренние часы. А ночью в группе сравнения наблюдалось увеличение SDNN на 22 %. Во второй группе изменения SDNN не было.

Изменение значения критерия LF ВСР на фоне месячной терапии метопрололом, обнаружено достоверное снижение параметра в обеих группах исследования в дневное время на 16 %, ночью — на 41 % и 25 % — в ранние утренние часы. При месячном курсе милдроната исследуемый параметр достоверно не менялся.

### **Выводы**

Использование кардиопротектора милдроната совместно со стандартной антиангинальной терапией у пациентов с ИБС, стабильной стенокардией III ФК приводит к усилению эффекта действия  $\beta$ 1-блокатора, что проявлялось достоверным снижением частоты ЖА, более выраженным в отношении экстрасистол высоких градаций без достоверного влияния на динамику параметров ВСР.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Горбунова, А. А. Мельдоний: связь строения, структуры и свойств / А. А. Горбунова, С. Ю. Киреев, И. В. Рашевская // Вестник Пензенского государственного университета. — 2017. — № 2 (17). — С. 92–99.
2. Шишкова, В. Н. Новые возможности оценки эффективности вторичной профилактики ишемического инсульта в терапевтической практике / В. Н. Шишкова // Consilium Medicum. — 2019. — № 21 (2). — С. 55–59.
3. Опыт применения Милдроната при ишемическом инсульте / М. Ю. Максимова [и др.] // Medica mente. — 2019. — № 5(1). — С. 22–27.

**УДК 616.12-008.313:159.942.5**

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

*Антипина Е. О.*

**Научный руководитель: ассистент А. Н. Заяц**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

### **Введение**

Высокая распространенность психоэмоциональных расстройств у соматических пациентов обуславливает актуальность их своевременного выявления и эффективной коррекции. Особенно тесная коморбидность установлена между психопатологическими состояниями и сердечно-сосудистой патологией (ССП). СПП ограничивает различные аспекты жизни пациентов – физический, профессиональный, психологический, социальный [1]. Психологические расстройства у данных пациентов оказывают значительное влияние на течение, прогноз основного заболевания и качество жизни (КЖ). Интерес представляет изучение психоэмоционального состояния пациентов с нарушениями сердечного ритма, в частности с фибрилляцией предсердий (ФП), и его влияние на различные стороны жизни.



### **Цель**

Изучить КЖ, психологический статус пациентов с ФП; выявить корреляционную связь между уровнем тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и показателями КЖ у пациентов с ФП.

### **Материал и методы исследования**

В исследование включены 29 пациентов с синусовым ритмом (средний возраст —  $59,38 \pm 7,34$  лет; мужчины — 52 %, женщины — 48 %) и 28 пациентов с ФП (средний возраст —  $59,14 \pm 8,29$  лет; мужчины — 50 %, женщины — 50 %), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКБ № 2 г. Гродно. Персистирующая форма ФП выявлена в 46 % случаев, пароксизмальная — в 32 % случаев, постоянная — в 22 % случаев. Для оценки КЖ пациентов использовался опросник SF-36, который содержит 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE) и психическое здоровье (MH). Для оценки уровня депрессии была использована шкала-опросник CES-D, уровня тревожных расстройств — шкала самооценки тревоги Спилбергера — Ханина. Полученные материалы обработаны с использованием программ «Microsoft Excel 2013» и «Statistica» 10.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

У пациентов с ФП 7 из 8 показателей КЖ оказались достоверно ниже, чем у пациентов с синусовым ритмом: PF ( $39,46 \pm 10,83$  против  $51,38 \pm 10,51$ ,  $p < 0,0001$ ), RP ( $17,86 \pm 16,47$  против  $31,03 \pm 14,41$ ,  $p < 0,05$ ), GH ( $31,96 \pm 7,86$  против  $39,14 \pm 6,13$ ,  $p < 0,001$ ), VT ( $39,1 \pm 6,95$  против  $47,42 \pm 6,07$ ,  $p < 0,0001$ ), SF ( $36,16 \pm 13,32$  против  $46,12 \pm 9,51$ ,  $p < 0,01$ ), RE ( $17,86 \pm 21,24$  против  $37,93 \pm 23,10$ ,  $p < 0,01$ ), MH ( $45,86 \pm 6,01$  против  $54,07 \pm 6,01$ ,  $p < 0,0001$ ).

У 50 % пациентов с ФП имеется легкое депрессивное расстройство, у 4 % — депрессия средней степени тяжести, у 7 % — выраженное депрессивное расстройство, в то время как у пациентов с синусовым ритмом в 27,6 % случаев наблюдается легкое депрессивное расстройство. Высокая ситуативная тревожность имеет место у 39 % пациентов с ФП и 24 % пациентов без ФП; высокая личностная тревожность — у 57 % пациентов с ФП и у 31 % с синусовым ритмом.

В результате корреляционного анализа выявлена отрицательная связь между уровнем ТДР и показателями КЖ у пациентов с ФП.

Между следующими тремя показателями физического компонента здоровья и уровнем ТДР имеется статистически значимая средняя отрицательная корреляционная связь: PF ( $r = -0,66$ ,  $p < 0,05$ ), RP ( $r = -0,57$ ,  $p < 0,05$ ), GH ( $r = -0,68$ ,  $p < 0,05$ ). Между всеми показателями психологического компонента здоровья и уровнем ТДР имеется статистически значимая сильная отрицательная корреляционная связь: VT ( $r = -0,76$ ,  $p < 0,05$ ), SF ( $r = -0,89$ ,  $p < 0,05$ ), RE ( $r = -0,84$ ,  $p < 0,05$ ), MH ( $r = -0,89$ ,  $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

У пациентов с ФП достоверно ниже КЖ; в 2 раза чаще встречаются депрессивные расстройства; преобладает высокая ситуативная и личностная тревожность. В результате корреляционного анализа установлено, что развитие ТДР у пациентов с ФП оказывает существенное влияние на КЖ в целом, физический и психологический компоненты здоровья.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Краснослободская, О. В. Медицинские аспекты качества жизни у больных с фибрилляцией предсердий / О. В. Краснослободская // Фундаментальные исследования. — 2011. — № 7. — С. 90–93.

УДК 616.379-008.64

**ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

*Анфилова М. Г., Быстрицкая Н. С., Волобуев Д. К., Востриков П. П.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. М. Хардикова*

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерство здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

***Введение***

Сахарным диабетом страдают около 422 млн человек в мире, в 90 % случаев наблюдается сахарный диабет 2 типа (СД 2), который приводит к серьезным сердечно-сосудистым осложнениям [1]. Наличие СД 2 связано с возникновением всех форм ишемической болезни сердца (ИБС). Одновременно с диагностикой СД 2 у большинства пациентов уже присутствуют ССЗ, которые являются основной причиной смерти больных [2, 3]. Изучение структуры и динамики сердечно-сосудистой патологии при СД 2 способствует профилактике осложнений, своевременному адекватному лечению и увеличению продолжительности и качества жизни больных [4, 5].

***Цель***

Анализ распространенности заболеваний системы кровообращения у больных СД 2 типа за 2017–2019 гг. в Щигровском районе в зависимости от возраста.

***Материал и методы исследования***

В исследовании проанализированы данные пациентов больных сахарным диабетом 2 типа, взятые из государственного регистра больных сахарным диабетом, амбулаторных карт (форма 025-у), контрольных карт диспансерного наблюдения (форма 030-у-04), годовых отчетов организации за изучаемый период. Исследуемые больные находились на диспансерном учете у врача-эндокринолога ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» в 2017–2019 гг.: в 2017 г. — 653 человека, в 2018 г. и 2019 г. — 649 и 666 человек соответственно. В качестве методов исследования были использованы выкопировка данных из медицинской документации, анализ и сравнение результатов исследования. Графическое представление данных с помощью программы «Microsoft Excel 2013». Полученные результаты обработаны статистически в программе «Statistica» 10.0.

***Результаты исследования и их обсуждение***

В течение трех лет наблюдения наиболее часто СД 2 страдали люди в возрасте 60–69 лет — 42,6 %, далее 50–59 лет — 23,6 % и 70–79 лет — 20,8 %. Наименьшее количество больных в возрастной группе 30–39 лет — 0,7 %. Старше 80 лет больных было 6,5 %, в группе 40–49 лет — 5,8 %.

У больных СД 2 в возрастной группе 30–39 лет АГ преобладает (23,4 %) над дислипидемией (7,1 %) и атеросклерозом (3,4 %). В возрасте 40–49 лет ССЗ у больных СД 2 распределились так: АГ — 33,1 %, дислипидемия — 17,2 %, атеросклероз — 12,9 %, ХСН — 10,8 %, ХКС — 15,4 %, ОКС — 3,9 %. Больные СД 2 в возрасте 50–59 лет болели чаще АГ, дислипидемией и ХКС, соответственно 41,3; 24,6 и 23,2 %; ХСН — 17,4 %, атеросклероз — 14,2 %, ОНМК — 6,3 %, ОКС — 5,9 %. В 60–69 лет получены данные: АГ — у 65,8 % больных, дислипидемия — 61,1 %, ХКС — 28,4 %, атеросклероз — 21,5 %, ХСН — 17,9 %, ОНМК — 8,6 %, ОКС — 9,4 %. В возрастной группе 70–79 лет АГ составила 71,9 %, дислипидемия — 65,8 %, атеросклероз — 35,6 %,

ХКС — 33,9 %, ХСН — 18,8 %, ОНМК — 10,5 %, ОКС — 7,5 %. В возрастной группе старше 80 лет самыми частыми ССЗ являются АГ и дислипидемия — 78,1 и 67,7 % соответственно; затем атеросклероз — 51,6 %, ХКС — 38,8 %, ХСН — 20,4 %, ОНМК — 14,4 %, ОКС — 4,7 %.

### **Выводы**

Артериальная гипертензия встречается наиболее часто во всех возрастных группах больных сахарным диабетом 2 типа в Щигровском районе (более 70 % больных). Наибольшее количество больных приходится на возрастную группу старше 70 лет. Дислипидемия отмечена более чем в 50 % случаев у больных сахарным диабетом 2 типа и наиболее часто – в возрасте старше 60 лет. ХКС и атеросклероз одинаково часто встречаются у лиц старше 70 лет, количество больных увеличивается с возрастом. ОКС и ОНМК чаще встречается у больных старше 60 лет. ХСН чаще диагностируется у больных старше 50 лет.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (8-й выпуск) / И. И. Дедов [и др.] // Сахарный диабет. — 2017. — Т. 14, № 3 (приложение). — С. 2–72.
2. Дедов, И. И. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, Г. Р. Галстян // Сахарный диабет. — 2016. — Т. 19, № 2. — С. 104–112.
3. Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2 типа / И. И. Дедов [и др.] // Сахарный диабет. — 2016. — Т. 14, № 4. — С. 6–17.
4. Потемкин, В. В. Руководство по неотложной эндокринологии / В. В. Потемкин, Е. Г. Старостина. — М: Медицинское информационное агентство, 2017. — 393 с.
5. Перечень необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2017 год // Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2016 № 2885-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2017 год». — М., 2016.

**УДК 616.379-008.64-06**

## **ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Бедрицкая В. М., Моховцова М. Н.*

**Научный руководитель: ассистент кафедры А. В. Проневич**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Ежегодно наблюдается постепенное увеличение возраста населения, уровня урбанизации, что ведет к распространенности гиподинамии, увеличению уровня стресса, несбалансированного питания. В результате, количество пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет (СД) 2 типа неуклонно растет. Ввиду большого разнообразия коморбидной патологии у таких пациентов, все большую сложность приобретает процесс постановки диагноза и выбора тактики ведения таких пациентов. Особую значимость эта проблема приобретает на уровне первичного звена здравоохранения в связи с невозможностью суточного наблюдения за пациентами и проведением многих диагностических исследований.

### **Цель**

Изучение особенностей коморбидной патологии у пациентов с СД 2 типа.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проведено на базе учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская поликлиника, филиал № 2». Был проведен ретроспективный анализ 60 медицинских карт амбулаторных пациентов с установленным диагнозом СД 2 типа.

Для оценки прогностических показателей риска летальности и десятилетней выживаемости был использован индекс коморбидности Charlson 1987, в котором за каждое заболевание начисляется определенное количество баллов и исходя из результатов подсчетов дается оценка прогностических показателей риска летальности и 10-летней выживаемости. Статистический анализ был произведен с использованием «Statistica» 10.0 и «Microsoft Excel».

#### Результаты исследования и их обсуждение

Перед началом исследования все пациенты были условно разделены на три группы: 1-я группа — СД выставлен менее 5 лет назад (10 (17 %) пациентов), 2-я группа — от 5 до 10 лет назад (27 (45 %) пациентов), 3-я группа — более 10 лет назад (23 (38 %) пациента).

На первом этапе исследования была определена распространенность коморбидной патологии в зависимости от длительности СД 2 типа.

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распространенность коморбидной патологии в зависимости от длительности течения СД 2 типа

Заболевания	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Артериальная гипертензия	70 %	96 %	100 %
Ишемическая болезнь сердца	30 %	67 %	80 %
Инфаркт миокарда	0 %	10 %	35 %
Острое нарушение мозгового кровообращения	0 %	7 %	26 %
Заболевания периферических сосудов	30 %	59 %	78 %
Заболевания желчного пузыря и желчных протоков	0 %	11 %	17 %
Жировой гепатоз	0 %	11 %	30 %
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	20 %	11 %	17 %
Заболевания мочевыводящих путей	20 %	19 %	17 %
Эндокринная патология	10 %	19 %	26 %
Хронический бронхит	10 %	7 %	13 %
Бронхиальная астма	10 %	11 %	0 %
Заболевания опорно-двигательного аппарата	60 %	33 %	57 %
Патология центральной и периферической нервной системы	10 %	44 %	78 %

Установлено, что первое место по распространенности коморбидной патологии занимает патология сердечно-сосудистой системы. Наибольшее число пациентов страдало артериальной гипертензией — 56 (93 %) пациентов, ишемической болезнью сердца — 39 (65 %) пациентов, заболевания периферических сосудов отмечались у 37 (62 %) пациентов. На втором месте в структуре коморбидной патологии у пациентов с СД 2 типа — патология центральной и периферической нервной системы, которая отмечалась у 31 (52 %) пациента. На третьем месте — заболевания опорно-двигательного аппарата, которые отмечались у 28 (47 %) пациентов.

На втором этапе исследования были определены показатели риска летальности и десятилетней выживаемости при использовании индекса коморбидности Charlson с учетом длительности течения СД 2 типа.

Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Среднее значение индекса Charlson (10-летняя выживаемость, %) с учетом длительности течения СД 2 типа

Группа	Среднее значение индекса Charlson (10-летняя выживаемость, %)
1-я группа	3,8 балла (53 %)
2-я группа	5 баллов (21 %)
3-я группа	10 баллов (менее 21 %)

Анализируя таблицу 2, следует отметить прогрессирующее увеличение значения индекса Charlson, что свидетельствует об увеличении риска развития сопутствующей патологии при увеличении длительности течения СД 2 типа, а также прогрессирование осложнений с максимальным риском летальности в ближайшие 10 лет.

#### **Выводы**

После ретроспективного анализа 60 карт пациентов с СД 2-го типа было выявлено преобладание коморбидных патологий, связанных с сердечно-сосудистой системой, а именно артериальной гипертензией.

По мере увеличения возраста у пациентов возрастает индекс коморбидности Charlson и, соответственно, ухудшаются прогностические показатели риска летального исхода и 10-летней выживаемости.

Необходимо предавать первостепенное значение диагностике, а также профилактике, диспансеризации и лечению пациентов с СД 2-го типа и коморбидными патологиями.

**УДК 616.379-008.64:616.89**

### **ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

*Беридзе Р. М.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. С. Махлина, к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

#### **Введение**

В настоящее время наблюдается неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) во всем мире, достигающий масштабов эпидемии неинфекционного характера. Всемирной организацией здравоохранения установлено, что к 2025 г. численность заболевших сахарным диабетом превысит 300 млн человек [1]. Анализ данных Государственного регистра больных сахарным диабетом показал, что количество пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1) в Республике Беларусь составляет 18–20 тыс.

Одной из «мишеней» влияния гипергликемии, уже на ранних этапах развития заболевания, является центральная нервная система, проявляясь клинически когнитивной дисфункцией [2]. В 1950 г. был введен термин «диабетическая энцефалопатия» (ДЭ). По данным F. Trudeau, S. Gagnon, G. Massicotte, под ДЭ понимали стойкую церебральную патологию, возникающую под воздействием острых, подострых и хронических диабетических обменных и сосудистых нарушений, клинически проявляющихся неврозоподобными и психоподобными дефектами, органической, неврологической и вегетативной симптоматикой [3].

Для оценки общей выраженности когнитивной дисфункции в последнее время широко используется исследователями при различных нозологических формах Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCa тест) [4]. Данная шкала включает в себя исследование зрительно-конструктивных, исполнительных навыков, выявление нарушений в таких процессах, как память, внимание, речь, абстракция, отсроченное воспроизведение, а также ориентация [5].

#### **Цель**

Определить частоту развития поздних осложнений СД 1 типа при когнитивной дисфункции. Изучить зависимость между тяжестью этих осложнений и степенью когнитивного дефицита.

### Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 31 пациента с СД 1 (10 мужчин, 21 женщины), находившиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека в течение 2020 г. Для выявления степени когнитивных нарушений использовалась Монреальская шкала оценки когнитивных дисфункций, которая включает в себя исследование основных процессов, происходящих в головном мозге (память, внимание, речь и т. д.). Статистическая обработка массива данных выполнена с помощью методов непараметрической статистики с использованием статистической программы «Statistica». В качестве критерия статистической достоверной значимости результатов рассматривается уровень  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Проводя анализ общей характеристики обследованных пациентов, было выявлено, что средний возраст пациентов составил  $42 \pm 13,74$  года, а стаж СД 1 —  $17,66 \pm 12,91$  лет. Уровень HbA<sub>1c</sub>  $9,2 \pm 1,87$  % показывает на отсутствие компенсации СД 1. По данным Монреальской шкалы оценки когнитивной дисфункции средним балл составил  $23,16 \pm 5,03$  что соответствует когнитивному дефициту (удовлетворительными считаются когнитивные показатели 26–30 баллов).

С учетом количества баллов по шкале оценки когнитивной дисфункции была выделена 1-я группа с баллом менее 26 ( $n = 18$ ) и 2-я группа с баллом 26 и более ( $n = 13$ ). Стоит отметить, что из всех процессов, которые оценивались данным тестом, наименьшие показатели были отмечены в группах «зрительно-конструктивные навыки» ( $2,58 \pm 1,67$  из максимальных 5 баллов), «память» ( $3,39 \pm 1,54$  из 5 баллов), а также «речь» ( $1,81 \pm 0,98$  из 3 баллов).

Нами были рассмотрено наличие поздних осложнений, возникающих при СД 1, таких как диабетическая ретинопатия (ДР), диабетическая ангиопатия ног (ДАН), диабетическая дистальная полинейропатия (ДДПП), диабетическая нефропатия (ДН), а также сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС)). Среди обследованных пациентов у 17 (56,7 %) пациентов отмечено наличие ДРП, у 24 (80 %) пациентов — ДАН, у 27 (90 %) пациентов — ДДППП, и у 9 (30 %) пациентов — ДН, среди сопутствующей патологии у 16 (53,3 %) пациентов — АГ и 5 (16,7 %) пациентов — ИБС. Далее была проведена оценка наличия поздних осложнений и сопутствующей патологии в группах с учетом оценки когнитивной дисфункции (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели наличия осложнения у пациентов с СД 1 типа

Категория	ДР	ДАН	ДДПП	ДН	АГ	ИБС
1-я группа ( $n = 18$ )	12 (66,7 %)	17 (94,4 %)	17 (94,4 %)	7 (38,9 %)	13 (72,2 %)	4 (22,2 %)
2-я группа ( $n = 13$ )	4 (41,7 %)	7 (58,3 %)	10 (83,3 %)	2 (16,7 %)	3 (25 %)	1 (8,3 %)
$p, \chi^2$	$p = 0,252$ $\chi^2 = 1,31$	$p = 0,32$ $\chi^2 = 0,95$	$p = 0,70$ $\chi^2 = 0,14$	$p = 0,28$ $\chi^2 = 1,16$	$p = 0,11$ $\chi^2 = 2,53$	$p = 0,35$ $\chi^2 = 0,87$

В результате было выявлено, что в обеих группах чаще всего отмечались ДАН и ДДПП, из сопутствующих заболеваний в 1-й группе превалировал АГ и ИБС в сравнении со 2-й группой ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

У обследованных пациентов с СД1 не были достигнуты целевые показатели компенсации и когнитивный показатель по Монреальской шкале соответствовал когнитивному дефициту ( $23,16 \pm 5,03$ ). Частота поздних осложнений СД1 не зависела от нали-

чия когнитивной дисфункции и ее выраженности, в свою очередь на долю диабетической ангиопатии ног и диабетической дистальной полинейропатии пришелся основной процент случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Навменова, Я. Л.* Микрососудистые осложнения сахарного диабета 1 типа при депрессивных состояниях / Я. Л. Навменова, Т. В. Мохорт // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — С. 62–65.
2. Анализ роли нейроспецифических белков в диагностике когнитивной дисфункции у пациентов с сахарным диабетом 1 типа / Ю. Г. Самойлова [и др.] // Сахарный диабет. — 2014. — № 2. — С. 83–90.
3. *Есин, Р. Г.* Современные представления о механизмах когнитивных расстройств при сахарном диабете / Р. Г. Есин, И. Х. Хайруллин, О. Р. Есин // Медицинский альманах. — 2013. — № 1 (25). — С. 135–138.
4. Маркеры когнитивных нарушений и вариабельность гликемии у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа / Ю. Г. Самойлова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2018. — № 4 (118). — С. 48–51.
5. *Васенина, Е. Е.* Когнитивные нарушения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа / Е. Е. Васенина, О. С. Левин // Эффективная фармакотерапия. — 2016. — № 29. — С. 40–47.

УДК 615.33:616.2-036.11-052-053.81

**АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ  
ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ В АМБУЛАТОРНОЙ  
ПРАКТИКЕ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ**

*Бернацкая Е. Н., Миронова К. А.*

Научный руководитель: ассистент *Н. Н. Смагина*

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

**Введение**

В последние годы в большинстве регионов мира и, в том числе, Беларуси отмечено значительное увеличение частоты устойчивых к антибиотикам наиболее частых возбудителей внебольничных инфекции дыхательные пути. Антимикробные препараты назначаются врачами первичного звена, прежде всего, для лечения острых респираторных инфекций. Поэтому определяющим составляющим сдерживания антибиотикорезистентности является ограничение потребления антибиотиков в амбулаторной практике и рационализация их использования.

В 2017 г. вышли два основополагающих документа по рациональному применению антибиотиков в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации и документ ВОЗ — 20-й пересмотр перечня жизненно-необходимых лекарственных препаратов с рекомендациями по выбору антибиотиков при внебольничных инфекциях.

Проблема антибиотикорезистентности имеет важное не только медицинское, но и социально-экономическое значение для общества. Инфекции, вызванные устойчивыми микробами, отличаются более длительным течением, чаще требуют госпитализации, повышают риск летальности.

**Цель**

Изучить частоту и оценить эффективность назначения антибиотиков в амбулаторной практике у молодых взрослых пациентов с острыми респираторными инфекциями.

**Материал и методы исследования**

Были проанализированы 115 медицинских карт амбулаторного больного в возрасте от 18 до 35 лет с установленным диагнозом острой респираторной инфекции верхних дыхательных путей: острого фаринготрахеита, острого синусита и острого бронхита. Из этой группы были отобраны пациенты, соответствующие следующим критериям: не имеющие хронических заболеваний и не относящиеся к группе часто и длительно болеющих. Количество таких пациентов составило 40 человек.

### Результаты исследования и их обсуждение

Среди проанализированных медицинских карт амбулаторного больного в 50 % (20 пациентов) установлен диагноз острый фаринготрахеит, в оставшихся 50 % — острый синусит и острый бронхит, по 10 пациентов соответственно. Чаще всего назначались следующие антибиотики: азитромицин, амоксициллин, цефдинир, цефаклор.

Структура назначенной антибактериальной терапии распределена следующим образом: Амоксициллин — 35 % (14 пациентов), Цефуросим — 17,5 % (7 пациентов), Цефепим — 12,5 % (5 пациентов), Азитромицин и Левофлоксацин — 10 % (по 4 пациента соответственно), Цефаклор — 7,5 % (3 пациента), Цефдинир — 5 % (3 пациента).

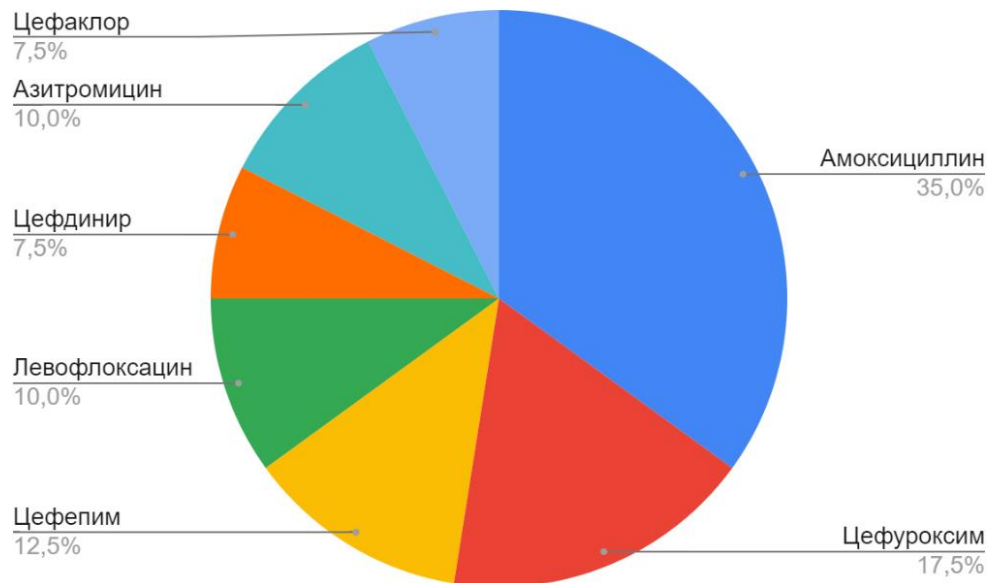


Рисунок 1 — Структура назначенной антибактериальной терапии

Данные рисунка свидетельствуют о том, что при остром фаринготрахеите чаще всего назначался Амоксициллин (40 %) и продолжительность временной нетрудоспособности составила 5 дней, а при назначении Цефуросима (35 %) и Цефепима (25 %) — 7 дней.

Для лечения острого синусита использовался у 40 % пациентов Левофлоксацин, у 30 % — Амоксициллин, у 30 % — Цефдинир. При данной нозологии средняя длительность листа нетрудоспособности составляла 6 дней.

У 40 % пациентов с диагнозом острый бронхит был назначен Азитромицин. Амоксициллин и Цефаклор назначены у оставшихся 60 % пациентов (по 30 % на каждый препарат). Срок временной нетрудоспособности при лечении Азитромицином и Цефаклором составил 10 дней. При назначении Амоксициллина наблюдалось продление листа нетрудоспособности до 13 дней.

При лечении Цефдиниром и Амоксициллином показатели общего анализа крови (СОЭ, лейкоцитоз) нормализовались в течение 10 дней.

### Выводы

1. Для профилактики формирования резистентности при лечении острых респираторных инфекций в практической деятельности целесообразно использовать препараты пенициллинового ряда.

2. При лечении осложнений острых респираторных инфекций (острого синусита) необходимо включать препараты группы фторхинолонов.



УДК 616.72-002.77-08:615.276

**ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
В ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

*Бильский И. А., Волчек В. С.*

**Научные руководители:** старший преподаватель *З. В. Грекова*,  
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

***Введение***

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является гетерогенной группой заболеваний, характеризующихся сложным патогенезом и преимущественным поражением суставов, возникающих в возрасте до 16 лет. Этиология заболевания до настоящего времени остается неизвестной. В основе заболевания лежит активация клеточного и гуморального звена иммунитета, так же, как и при ревматоидном артрите взрослых [1, 2, 3]. Предполагается, что чужеродный или измененный собственный антиген воспринимается и обрабатывается антигенпрезентирующими клетками, в том числе макрофагами, которые представляют его Т-лимфоцитам.

Для лечения ЮРА традиционно используются нестероидные противовоспалительные препараты и базисные противовоспалительные препараты (БПВП). Раннее назначение БПВП в адекватных дозах, применение комбинированной терапии (2–3 базисных препарата) позволяют контролировать заболевание, уменьшать клинические проявления и улучшать качество жизни пациентов.

Однако существуют проблемы терапии ЮРА, связанные с непереносимостью некоторых препаратов или плохой переносимостью высоких доз препаратов, рефрактерностью к лечению в целом. Развитие побочных реакций на терапию также ограничивает возможность проведения лечения в полном объеме.

В 2018 г. по Гомельской области зарегистрировано 110 детей и подростков с ЮРА. Из них 82 ребенка инвалида. Анализ заболеваемости ЮРА выявил, что порядка 50–60 % пациентов при своевременно назначенной базисной терапии с течением времени ( $2 \pm 0,7$  лет) достигают ремиссии заболевания. Соответственно, более 30 % детей сохраняют активность заболевания, что зачастую требует назначения системных глюкокортикоидов (ГК). Такая терапия приводит к серьезным осложнениям, таким как нарушение физического развития, задержку роста, остеопороз, синдром активации макрофагов, иридоциклит и нарушения зрения. Для данной категории пациентов оправдано применение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), позволяющих достичь ремиссии или неактивной фазы болезни, что в свою очередь снижает инвалидность у детей с ЮРА и улучшает качество жизни [4].

***Цель***

Изучить результаты применения тоцилизумаба, этанерцепта и адалимумаба в лечении ЮРА в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2018 гг.

***Материал и методы исследования***

Первую группу составили 3 пациента, которым был поставлен диагноз ЮРА с системными проявлениями, находящихся на ГИБТ тоцилизумабом. Мальчики — 2, девочки — 1. Средний возраст пациентов — 11 лет (минимальный — 7, максимальный — 17). Схема лечения включала в себя введение 10 мг препарата на 1 кг массы тела, в случае,

если масса тела превышала 40 кг, вводилось 7 мг препарата на 1 кг массы тела, с частотой 1–2 раза в месяц.

Вторую группу составили 2 пациента, которым был поставлен диагноз ЮРА с системными проявлениями, находящихся на ГИБТ этанерцептом. Мальчики — 1, девочки — 1. Средний возраст пациентов — 9 лет (минимальный — 8, максимальный — 10). Схема лечения включала в себя введение 20 мг препарата 1 раз в неделю.

Третью группу составили 10 пациентов, которым был поставлен диагноз ЮРА с системными проявлениями, находящихся на ГИБТ адалимумабом. Мальчики — 3, девочки — 7. Средний возраст пациентов — 11 лет (минимальный — 6, максимальный — 18). Схема лечения включала в себя введение 0,4 мл раствора, содержащего 20 мг препарата на 1 кг массы тела, в случае, если масса тела не превышала 30 кг, и 0,8 мл раствора, содержащего 40 мг препарата, если масса тела превышала 30 кг. Частота введения препарата — 1 раз в 2 недели.

Пациенты получали терапию ГИБП на протяжении всего исследования. Все наблюдения выполнены на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2018 гг.

Для оценки тяжести заболевания был использован индекс, состоящий из нескольких дискретных значений активности ревматоидного артрита, объединенных в единый инструмент — DAS28.

Пациенты стратифицированы по демографическим и клиническим критериям. Критериями сравнения являлись значения индекса DAS28, данные биохимического анализа крови (С-реактивный белок), общего анализа крови (СОЭ, общий гемоглобин, количество лейкоцитов) рост и вес пациентов.

Статистическая обработка данных — пакет программ «Statistica» 8.0. Параметры, соответствующие нормальному распределению, представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

До назначения биологической терапии все дети получали патогенетическую терапию БПВП (учитывая высокую активность заболевания и прогрессирующее течение). Длительность патогенетической терапии в среднем составила  $3 \pm 1,5$  лет.

Через год после начала биологической терапии данные в первой группе пациентов ( $n = 3$ ) распределились следующим образом – 2 детей с низким гармоничным уровнем физического развития, 1 ребенок со средним гармоничным уровнем физического развития. Во второй группе пациентов ( $n = 2$ ), оба ребенка с резко дисгармоничным уровнем физического развития. У третьей группы пациентов ( $n = 10$ ), 4 ребенка с низким дисгармоничным уровнем, 1 ребенок с резко дисгармоничным уровнем физического развития. После начала лечения ГИБТ — 7 детей с низким гармоничным уровнем физического развития, 1 ребенок с низким дисгармоничным уровнем, 1 ребенок со средним гармоничным уровнем физического развития, 1 ребенок с резко дисгармоничным уровнем физического развития. Результаты клинико-лабораторных показателей пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты клинико-лабораторных показателей пациентов до и после лечения ГИБТ

Показатели	1-я группа, (n = 3)		2-я группа, (n = 2)		3-я группа, (n = 10)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Лейкоциты ( $\times 10^9/\text{л}$ )	$10,3 \pm 4,7$	$4,6 \pm 0,75$	$16,5 \pm 4,4$	$6,5 \pm 1,34$	$14,41 \pm 4,5$	$7,96 \pm 2,3$
СРБ (мг/дл)	$7,3 \pm 4,1$	$0,5 \pm 0,36$	$9,85 \pm 6,79$	$3,8 \pm 1,2$	$25,52 \pm 16,6$	$2,33 \pm 1,7$
СОЭ (мм/ч)	$11,7 \pm 0,57$	$3,3 \pm 2,3$	$15 \pm 9,8$	$4,0 \pm 1,41$	$25 \pm 12,6$	$6,1 \pm 1,6$
DAS28	$5,92 \pm 0,81$	$2,58 \pm 0,6$	$6,07 \pm 1,1$	$2,49 \pm 0,63$	$5,55 \pm 1,3$	$2,52 \pm 0,6$

Результаты исследования эффективности ГИБТ показали, что данная группа препаратов существенно расширила возможности лечения пациентов с ЮРА. Это проявилось в нормализации лабораторных показателей (уровень лейкоцитов, СОЭ, СРБ), отражающих активность воспалительного процесса у пациентов. Уменьшение значения индекса DAS28 характеризует достоверно значимое ( $p < 0,05$ ) снижение активности заболевания.

#### **Выводы**

Результаты четырехлетнего ретроспективного наблюдательного исследования показали, что тоцилизумаб, этанерцепт и адалимумаб высоко эффективны у пациентов с ЮРА. Препараты индуцировали нормализацию лабораторных показателей активности болезни. Применение биологической терапии тоцилизумабом, этанерцептом и адалимумабом эффективно снизило воспалительную активность заболевания. Благодаря отмене препаратов ГК была достигнута нормализация уровня физического развития пациентов.

Исследование показало, что ответ пациентов на терапию был достаточно быстрым, что позволяет рассматривать биологическую терапию как перспективное направление в патогенетическом лечении ЮРА.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Алексеева, Е. И. Алгоритм диагностики и лечения ювенильного артрита / Е. И. Алексеева, Т. М. Базарова // Вопросы современной педиатрии. — 2010. — Т. 9, № 6. — С. 78–104.
2. Ревматические болезни у детей: клинич. рекомендации для педиатров / под ред. А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой // Союз педиатров России, ФГАУ Науч. центр здоровья детей Минздрава России, ГОУ ВПО Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова Минздрава России. — М.: Педиатр, 2016. — 144 с.
3. Руководство по детской ревматологии / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой, Г. А. Лыскиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 720 с.
4. Бубневич, Т. Е. Результаты применения тоцилизумаба и этанерцепта в лечении системного варианта ювенильного идиопатического артрита в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» [Электронный ресурс] / Т. Е. Бубневич, Н. Л. Бильская // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 21–22 нояб. 2019 г.: в 5 т. / Гомел. гос. мед. ун-т; редкол.: А. Н. Лызык [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2019. — Т. 5. — С. 8–10.

**УДК 618.19-006.6-07**

### **СКРИНИНГ КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Бондарева О. Н., Козлова И. А.**

**Научный руководитель: ассистент Н. Н. Смагина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из самых актуальных проблем в современной медицине и занимает ведущее место среди злокачественных новообразований у женщин во многих странах мира. Каждый год регистрируется более одного миллиона случаев этого заболевания, при этом РМЖ занимает первое место в структуре смертности от злокачественных новообразований у женщин. Если в 2005 г. в Республике Беларусь заболеваемость РМЖ составляла 64,7 случая на 100 тыс. женщин, то уже в 2015 г. — 81 случай. Сейчас во всем мире врачи онкологи констатируют омоложение рака молочной железы [1, 2].

Скрининг онкологических заболеваний — важнейшая составляющая государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг.

В настоящее время в каждом областном центре имеются больницы и поликлиники, участвующие в программе. Скрининг включает в себя регулярное маммографическое

обследование женщин в возрасте 50–69 лет 1 раз в 2 года. Маммография — вид рентгенологического исследования молочных желез в двух проекциях на специальном аппарате — маммографе, который дает возможность определить небольшие опухоли — до 0,5 см и менее. Большинство экспертов сходятся во мнении, что регулярное обследование женского населения помогает выявить заболевание на более ранней стадии развития.

**Цель**

Изучить эффективность скрининга РМЖ у женщин в возрасте от 50 до 69 лет за 2018–2019 гг. в филиале № 6 Гомельской центральной городской поликлиники (ГУЗ ГЦГП) и сравнить показатели за указанный период.

**Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ статистических данных пациенток, проходивших маммографическое обследование в возрасте 50–69 лет за 2018–2019 гг. в филиале № 6 ГУЗ ГЦГП.

**Результаты исследования и их обсуждение**

По результатам скрининга, проведенного в 2018 г., было исследовано 1682 женщины в возрасте от 50 до 69 лет. Из обследованного числа женщин предварительный диагноз РМЖ был выставлен у 68 женщин, у 7 женщин данный диагноз подтвердился (таблица 1).

На основании результатов скрининга, проведенного в 2019 г., было исследовано 1944 женщины в возрасте от 50 до 69 лет. Из этого числа у 80 женщин было подозрение на развитие РМЖ. У 18 женщин диагноз был подтвержден (таблица 1).

Таблица 1 — Результаты скрининга, проведенного в 2018 и 2019 гг.

Период проведенного скрининга	Число женщин в возрасте 50–69 лет, участвовавших в скрининге	Число женщин с предварительным неподтвержденным диагнозом РМЖ	Число женщин, у которых был подтвержден диагноз РМЖ с помощью маммографии
2018 г.	1682 человека	68(4 %) человек	7 (0,4 %) человек
2019 г.	1944 человека	80 (4,1 %) человек	18 (0,9 %) человек

При проведенном первичном осмотре женщин у врача гинеколога на поликлиническом этапе без использования маммографического обследования за 2018 г. было выявлено 23 женщины с РМЖ, за 2019 г. — 25 женщин с РМЖ (таблица 2).

Таблица 2 — Результаты выявления рака молочной железы у женщин при первичном осмотре, не участвовавших в скрининге с подтвержденным диагнозом РМЖ

Время проведенного первичного осмотра	Число женщин в возрасте 50–69 лет осмотренных за данный период	Число женщин с подтвержденным диагнозом РМЖ
2018 г.	7050 человек	23 (0,32 %) человека
2019 г.	7210 человек	25 (0,35 %) человек

Результаты, представленные в данной таблице, свидетельствуют о более низкой выявляемости РМЖ при первичном осмотре, чем при проведении маммографического обследования.

**Выводы**

1. Результаты, полученные при исследовании, подтверждают необходимость проведения скрининга для выявления заболевания на более ранней стадии развития.
2. Своевременная диагностика заболевания способствует эффективному лечению, полному выздоровлению и снижению смертности от злокачественных новообразований молочной железы у женщин.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Колядина, И. В. Скрининг рака молочной железы: мировой опыт и перспективы / И. В. Колядина, И. В. Поддубная, Д. В. Комов // Российский онкологический журнал. — 2015. — № 1. — С. 42–46.  
 2. Рак молочной железы: учеб. пособие / А. Д. Каприн [и др.]; под общ. ред. Н. И. Рожковой. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 456 с.

УДК 616.8-009.836.14:616.12-008.331.1

**РОЛЬ КАЧЕСТВА СНА В ОЦЕНКЕ НОЧНОЙ ДИНАМИКИ  
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

*Борисенко Е. В., Квасова М. В.*

Научные руководители: д.м.н., доцент *Д. П. Саливончик*,  
старший преподаватель *Н. И. Корженевская*

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

**Введение**

Степень ночного снижения (СНС) артериального давления (АД) — важный прогностический показатель суточной динамики АД. Недостаточная СНС АД в ночные часы и ночное повышение АД являются независимыми факторами риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений. Циркадный тип АД — основа хронофармакотерапии артериальной гипертензии. Известно, что при нормальном качестве сна имеет место снижение средней ночной ЧСС по отношению к средней дневной ЧСС более чем на 10 %, что соответствует нормальному циркадному индексу (ЦИ) — 1,24–1,44. Однако объективная оценка хроноритма АД возможна только при наличии и должном качестве ночного сна: компрессия плеча при измерении АД и звуковой эффект при работе компрессора регистратора СМАД (в ночной период через каждые 40–45 мин) создают условия при которых далеко не все пациенты способны иметь качественный ночной сон.

**Цель**

Оценить СНС АД по результатам СМАД с учетом данных о наличии и качестве ночного сна по степени ночного снижения ЧСС и отметкам пациента в дневнике.

**Материал и методы исследования**

В ретроспективное исследование вошло 67 пациентов с СНС АД соответствующим типам нон-диппер и найт-пикер в возрасте 29–75 лет, из них 36 (53,7 %) мужчин и 31 (46,3 %) женщина. Исключены пациенты, у которых предполагаемое снижение ЦИ обусловлено сопутствующей патологией: инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения, синдромом слабости синусового узла, ХСН III и IV функциональных классов по NYHA, сахарным диабетом любого типа. СМАД проводилось в ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» на системе суточного мониторинга АД «Кардиан-МД» с 24-часовой регистрацией АД. Оценивали показатели: среднюю величину систолического АД (ССАД) днем, среднюю величину диастолического АД (СДАД) днем, ССАД ночью, СДАД ночью, среднюю частоту сердечных сокращений (СЧСС) днем, СЧСС ночью, СНС САД и ДАД, а также степень ночного снижения ЧСС (СНС ЧСС).

По результатам исследования создана база данных в системе «Microsoft Excel». Обработка данных проводилась с использованием пакета программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, Inc. USA). Распределение наблюдаемых параметров отличалось от нормального, поэтому количественные показатели представляли в виде  $Me$  (Q25; Q75), где  $Me$  — медиана, 25–25-й и 75–75-й процентиль, а также в виде доверительных интервалов [95 % ДИ]. Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений и доли (в %) от общего числа пациентов. Для сравнения показателей суточной динамики АД использовали критерий Мак-Немара. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследуемой группе медиана возраста пациентов составила 56 (41; 63) лет. Медиана среднего САД днем составила 139 (134; 146), ДАД — 85 (75; 90), ночью — 138 (129,5; 146,5) и 81,755 (75; 87). Средние значения САД днем выше нормы выявлены у 60 (89,6 %) обследуемых, ДАД — у 54 (80,1 %), ночью САД — у 64 (95,5 %), ДАД — у 44 (65,7 %) пациентов.

Индекс времени гипертензии более 50 % днем определен у 65 (97,7 %) человек, ДАД — у 61 (91 %), ночью — САД у 64 (95,5 %), ДАД — у 65 (97 %).

Для проверки предположения влияет ли наличие ночного сна и его качество на достоверность результата был проведен анализ показателей с учетом СНС ЧСС. СНС ЧСС ниже 10 % регистрировалось у 36 (53,7 %) человек, что свидетельствует об отсутствии должного качества ночного сна (подтверждается отметками пациента в дневнике мониторингования АД), 31 (46,3 %) — исследуемый имели 10 % и более.

При параллельном использовании показателей СНС АД и СНС ЧСС недостаточная СНС САД ночью зарегистрирована у 19 (28,4 %) пациентов, ДАД — у 22 (32,8 %), цифры ночного САД превышали цифры дневного АД у 19 (28,4 %) исследуемых, ДАД — у 8 (11,9 %), что значительно меньше ( $p < 0,001$ ) в сравнении с использованием только СНС АД без учета динамики ЧСС. Таким образом, лишь у 31 (46,3 %) пациентов определено истинное нарушение ночного снижения САД, ДАД, соответственно использование СНС ЧСС в дополнение к СНС АД дает более достоверный результат.

### **Выводы**

Полученные данные свидетельствуют о достоверной диагностической ценности показателей СНС ЧСС при анализе СНС АД с учетом отметки пациента в дневнике о наличии и качестве ночного сна.

УДК 616.36-004-036.1-036.8-07

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ MELD У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Борисовец М. В.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г Малаева,  
ассистент И. Л. Мамченко**

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

### **Введение**

Цирроз печени входит в одну из шести причин смерти пациентов в возрасте от 35 до 60 лет. Поэтому важной задачей является своевременное выявление ранней стадии заболевания, а также оценка функционального резерва печени. С 1973 г. для оценки степени тяжести цирроза печени и выживаемости пациентов используется классификация Child-Pugh. С 2000 г. для прогнозирования выживаемости пациентов стали использовать расчетную шкалу MELD (Model for End — Stage Liver Disease), разработанную с помощью регрессионного анализа в США, в которой степень нарушения функции почек учитывается во время оценки параметров портальной гипертензии. По данным некоторых авторов, чувствительность модели составляет 77 %, специфичность — 79 %, позитивный прогностический уровень — 63 %, негативный — 88 %. Р. Kamath et al. (2001) показали, что при количестве баллов по шкале MELD менее 20 трехмесячная летальность составляет 27 %, а при более 20 — 76 %. По данным А. Flodén (2007), неблаго-

приятный жизненный прогноз пациентов с циррозом печени ассоциирован со значением MELD > 18.

### Цель

Изучить значения шкалы MELD у пациентов с циррозом печени с различным прогностическим индексом.

### Материал и методы исследования

Ретроспективно на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» проанализированы 30 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении в 2019 г. Из них 6 пациентов были с компенсированной стадией цирроза печени (класс А), 14 — с субкомпенсированной (класс В) и 10 — с декомпенсированной (класс С) стадией цирроза печени по шкале Child-Pugh. Оценивались концентрация общего билирубина и креатинина в крови, рассчитывалось МНО, индекс MELD. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ «Statistica» 12.0, «Excel 13». Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных пациентов колебался от 35 до 65 лет. Мужчины составили — 17 (56,6 %) человек, женщины — 13 (43,3 %). Большинство пациентов имели субкомпенсированную стадию цирроза печени (класс В) — 14 (46,6 %), 6 (8,5 %) — компенсированную (класс А) и 10 (33,3 %) пациентов — декомпенсированную стадию (класс С) ( $p = 0,020$ ).

Значение биохимических показателей по шкале MELD у пациентов с циррозом печени, в зависимости от степени тяжести представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Значение биохимических показателей по шкале MELD у пациентов с циррозом печени, в зависимости от степени тяжести

Показатель, Ме (25–75 перцентиль)	Класс А (n = 6)	Класс В (n = 14)	Класс С (n = 10)	p
Билирубин общий, мкмоль/л	21,7 (16–24)	39 (10,7–69)	92,1 (22–144)	$p = 0,02$
Креатинин, мкмоль/л	68,8 (58–77)	74,7 (60–94)	103,7 (75–180)	$p = 0,02$
МНО	1,2 (1–1,5)	1,28(1–1,75)	2 (1,14–2,8)	$p = 0,02$
MELD	9 (7–12)	12 (7–17)	20,7 (13–26)	$p < 0,001$

Из таблицы 1 видно, что происходит повышение общего билирубина, креатинина, МНО у пациентов в стадии декомпенсации (класс С) в сравнении с пациентами в стадии компенсации (класс А) и субкомпенсации (класс В) ( $p < 0,05$ ), что говорит о прогрессировании степени тяжести цирроза печени. Также с прогрессированием степени тяжести цирроза печени увеличивался расчетный индекс MELD: у пациентов с классом тяжести А он составил от 7 до 12, В — от 7 до 17, С — от 13 до 26 ( $p < 0,001$ ).

Неблагоприятный жизненный прогноз установлен у 7 (23,3 %) пациентов с циррозом печени класса тяжести С (MELD > 18) ( $p = 0,016$ ).

Показатель трехмесячной летальности для пациентов с циррозом печени согласно исследования R. Wiesner (2003) в зависимости от балла по шкале MELD составляет: при 40 баллах и более — 71,3 %, при 30–39 баллах — 52,6 %, при 20–29 баллах — 19,6 %, при 10–19 баллах — 6 % и при значении 9 и менее баллов — 1,9%. Исходя из этого, показатель трехмесячной летальности составил 1,9 % для 3 (10 %) пациентов с компенсированной (класс А) и для 2 (6,6 %) пациентов с субкомпенсированной (класс В) стадией цирроза печени; 6 % для 3 (10 %) пациентов с компенсированной стадией цирроза печени, для 12 (40 %) пациентов с субкомпенсированной и для 4 (13,3 %) пациентов с декомпенсированной стадией цирроза печени; 19,6 % для 6 (20 %) пациентов с декомпенсированной стадией цирроза печени. Соответственно 20 % пациентов с декомпенсиро-

ванной стадией цирроза печени имеют более высокий показатель трехмесячной летальности в сравнении с пациентами в стадии компенсации ( $p < 0,001$ ).

С увеличением расчетного индекса MELD отмечается рост таких осложнений цирроза печени, как асцит и варикозное расширение вен пищевода. Асцит диагностирован у 12 (40 %) пациентов с субкомпенсированным и у 10 (33,3 %) с декомпенсированным циррозом печени, значение расчетного индекса MELD при этом составило 13 (10–17) для пациентов с субкомпенсированным и 20,7 (13–26) для пациентов с декомпенсированным циррозом печени. Варикозное расширение вен диагностировано у 7 пациентов (23,3 %) с субкомпенсированной и у 8 (26,6 %) с декомпенсированной стадией цирроза печени, расчетный индекс MELD составил 14 (11–17) для пациентов с субкомпенсированной и 21,2 (14–26) для пациентов с декомпенсированной стадией цирроза печени. Исходя из этого, при значении расчетного индекса MELD  $> 10$  отмечается рост осложнений цирроза печени.

#### **Выводы**

1. При увеличении степени тяжести цирроза печени происходит повышение основных показателей шкалы MELD: общего билирубина, креатинина, значения МНО ( $p < 0,05$ ). Неблагоприятный жизненный прогноз установлен у 23,3 % с циррозом печени класса тяжести С.

2. Увеличение расчетного индекса MELD происходит по мере прогрессирования степени тяжести цирроза печени: от 7 до 12 в стадии компенсации (класс А), в стадии субкомпенсации (класс В) — от 7 до 17 и от 13 до 26 в стадии декомпенсации (класс С) ( $p < 0,001$ ).

3. При значении расчетного индекса MELD  $> 10$  отмечается рост таких осложнений цирроза печени, как асцит и варикозное расширение вен пищевода, что также свидетельствует о прогрессировании заболевания.

УДК 616.12-008.313:613.1

### **ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОТ МЕТЕОУСЛОВИЙ**

*Букотина Д. А., Костюкевич Я. П.*

**Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Цырульникова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Актуальность изучения связи между метеоусловиями и здоровьем человека приобретает особую значимость в связи с изменением климата [1]. Непостоянство погодных условий, таких как атмосферное давление, температура, влажность, скорость и направление ветра, осадки могут нарушать привычную жизнь метеочувствительных людей: вызывать обострение хронических заболеваний, увеличивать число случаев депрессии, сезонных аффективных расстройств, провоцировать возникновение головной боли, мигрени и других симптомов [2]. Изучение воздействия погоды и климата на здоровье имеет давнюю историю, начиная с Гиппократа, который связывал метеорологические изменения и здоровье. Поскольку климат и его влияние на многие природные процессы являются основными компонентами, которые позволяют существовать жизни на Земле, интерес к исследованиям по взаимодействию между погодными условиями и здоровьем человека растет. Исследования показывают, что 40 % случаев смерти были зафик-



сированы при измененных метеорологических условиях. Понимание природы воздействия погодных условий имеет важное значение для защиты здоровья человека [3].

**Цель**

Изучить частоту развития пароксизмальной формы фибрилляций предсердий (ФП) в зависимости от метеоусловий.

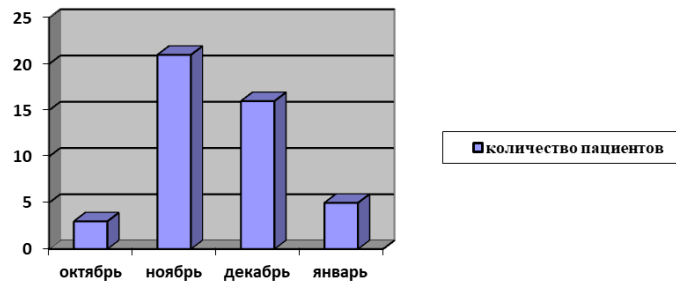
**Материал и методы исследования**

В исследовании приняли участие 45 пациентов (24 женщины и 21 мужчина) в возрасте от 53 до 81 лет, которые поступили в кардиологическое отделение Гомельской городской клинической больницы № 3 в ургентном порядке с пароксизмальной формой ФП в период с октября 2019 г. по январь 2020 г. включительно. В зависимости от причины развития пароксизма ФП у 17 (37,8 %) пациентов отмечена ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 28 (62,2 %) пациентов сочетание ИБС и артериальной гипертензии (АГ). Метеорологическая обстановка в дни поступления пациентов была взята с сайта [weather.rambler.ru](http://weather.rambler.ru). Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel», 2013 с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков и достоверностью показателей и различий рассматриваемых выборок при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение**

В кардиологическое отделение ГГКБ № 3 с пароксизмом ФП в дежурные дни (ургентные кардиологические пациенты поступают 1 раз в неделю по вторникам) поступило 45 пациентов. Из них 24 женщины и 21 мужчина, средний возраст пациентов составлял 69,2 года, пароксизм ФП чаще отмечался у женщин (53,3 %), чем у мужчин (46,6 %) ( $p < 0,05$ ).

Поступление по месяцам отражено на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Поступление пациентов по месяцам**

В зависимости от метеоусловий были получены следующие данные.

При нормальной относительной влажности воздуха пароксизм ФП развился у 2 пациентов из 45 (4,4 %), а при повышенной влажности — у 43, что составило 95,5 % ( $p < 0,05$ ).

При пониженном атмосферном давлении (менее 760 мм рт. ст., или 1013,25 гПа) пароксизм ФП зафиксирован у 34 (75,5 %) пациентов, при нормальном (760 мм рт. ст., или 1013,25 гПа) — у 7 (15,5 %), а при повышенном (более 760 мм рт. ст., или 1013,25 гПа) — у 4 (8,8 %) обследованных.

Во время убывающей луны пароксизм ФП развился у наибольшего количества пациентов — 17 (37,7 %), во время новолуния — 10 (22,2 %), во время растущей луны — 8 (17,8 %), и в полнолуние и в первую четверть луны пароксизм ФП встречался по 5 (11,1 %) случаев.

Из анамнестических данных наиболее часто пациенты отмечали ухудшение состояния, проявляющееся пароксизмами ФП осенью — 25 (55,5 %), у 9 (20 %) пациентов — зимой, летом — у 7 (15,5 %) пациентов, наименьшее количество весной — 4 (8,9 %).

### **Выводы**

Метеорологические условия оказывают опосредованное влияние на возникновение пароксизма фибрилляции предсердий. Возможными факторами риска в данном случае являются:

1) женский пол — пароксизм ФП чаще отмечался у женщин (53,3 %), чем у мужчин (46,6 %).

2) повышенная относительная влажность воздуха — при ее наличии у 43 пациентов выявлен пароксизм ФП, что составило (95,5 %), а при нормальной влажности у 2 (4,4 %) пациентов;

3) пониженное атмосферное давление — при пониженном атмосферном давлении количество пациентов с пароксизмом ФП составило 34 (75,5 %), при нормальном атмосферном давлении у 7 (15,5 %), а при повышенном — 4 (8,8 %);

4) убывающая луна — во время этой фазы количество пациентов составило 17 (37,7 %), во время новолуния — 10 (22,2 %), во время растущей луны — 8 (17,8 %), наименьшее количество пациентов было во время полнолуния и первую четверть луны — по 5 (11,1 %) соответственно;

5) осень — наибольшее количество пациентов отмечали ухудшение состояния осенью — 25 (55,5 %), зимой — 9 (20 %), летом — 7 (15,5 %), наименьшее количество весной — 4 (8,9 %).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *McGregor, G. R. Humanbiometeorology / G. R. McGregor // Progress in Physical Geography. — 2012. — № 36. — P. 93–109.*
2. *Mood and behaviour problems associated with seasonal changes in Britain and Ireland / C. McConville [et al.] // Int J Soc Psychiatry. — 2002. — Vol. 48, № 2. — P. 10–14.*
3. *The influence of several changes in atmospheric states over semi-arid areas on the incidence of mental health disorders / N. S. Yacker-son [et al.] // Int J Biometeorol. — 2011. — Vol. 55, № 3. — P. 403–410.*

**УДК 616.126.52**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННЫХ КЛАПАННЫХ ДЕФЕКТОВ**

*Бурейко К. А., Гаврикова Д. И., Гавриков А. К.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. М. Хардикова***

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

Двустворчатый аортальный клапан (ДАК) является наиболее распространенной врожденной патологией сердца встречающейся среди популяции людей с частотой 1–2 %, при этом описаны случаи (20–25 %), где небольшая часть пациентов проживают до преклонных лет без гемодинамических нарушений на аортальном клапане. При данном пороке происходят нарушения в соединительнотканном аппарате аорты, что обуславливает снижение эластичности аорты и развитию, впоследствии, грозных осложнений, такие как аневризма или расслоение аорты, которые часто приводят к смерти пациента.

### **Цель**

Отразить особенности клинических проявлений симптомом и результатов диагностики врожденного двустворчатого аортального клапана.

### **Материал и методы исследования**

Пациент В. 63 года, поступивший в кардиологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами на резкое снижение толерантности к физической нагрузке (ФН), появление одышки в покое, которая усиливается в ночные часы, приступы сердечной астмы, повышение артериального давления, ощущение перебоев в работе сердца, общую слабость. В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью. Годом ранее перенес пневмонию, впоследствии стал отмечать ухудшение состояния, проявляющееся: нарастающим головокружением, усиливающейся одышкой при обычной ФН, ощущением перебоев в работе сердца, возрастающей общей слабостью, при вышеописанных симптомах больной не способен был управлять автомобилем. За медицинской помощью не обращался. В анамнезе в школьное время участвовал в спортивных соревнованиях по бегу, в армии служил. Работал всю жизнь водителем грузовика и грузчиком, жалоб ограничивающих обычную физическую нагрузку не имел. Объективно при пальпации высокий, усиленный, резистентный, куполообразный верхушечный толчок определялся в 5 межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, правая граница тупости в 4 межреберье на 2 см кнаружи от правой границы грудной клетки, верхняя граница 3 межреберье. При аускультации тоны сердца аритмичны. I тон ослаблен. Акцент II тона над аортой. Систолический шум на верхушке, в точке Боткина-Эрба. ЧСС = 86 уд/мин. Пульс — 80. Дефицит пульса 6. Граница печени входит на 1 см от края реберной дуги. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента В., с целью диагностики использованы методы исследования: ЭКГ, ЭХО-КГ, КТ ОГК.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

Данные ЭКГ: Нормосистолическая форма фибрилляции предсердий. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Данные ЭХО-КГ: Аневризма восходящего отдела аорты. ВПС: Двустворчатый аортальный клапан с незначительным стенозом и регургитацией 2 степени. Дилатация левых камер сердца, полости правого предсердия. УЗ-признаки легочной гипертензии. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка со снижением его глобальной сократительной функции. ФВ = 42 % (34–49 %).

Компьютерная томография органов грудной клетки (рисунок 1): аневризматическое расширение аорты, дилатация легочного ствола, кардиомегалия.



**Рисунок 1 — Обзорная компьютерная томограмма органов грудной клетки**

Данные коронарографии: Ствол ЛКА — кальциноз, неровность контуров, ПМЖА — кальциноз пр/3, стенозы пр/3 — 45–55 %, ДА — неровность контуров пр/3. ОА — стенозы пр/3 — до 35 %, ВТК — неровность контуров пр/3, ЗМЖА — без гемодинамически значимых стенозов, ЗБВ — стеноз пр/3 до 50 %. ПКА — стенозы пр/3 30–40 %.

Согласно проведенным методам исследования поставлен диагноз:

ВПС: Двустворчатый аортальный клапан: умеренный стеноз, недостаточность аортального клапана с регургитацией 2 степени. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК. Вторичная дилатационная кардиомиопатия. Коронарный атеросклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолический вариант. Аневризма восходящего отдела аорты. ХСН II А (III ФК). Гипертоническая болезнь III стадия, достигнутая медикаментозная нормотензия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дислипидемия. Степень риска 4. После проведенного обследования рекомендована консультация кардиохирурга с целью проведения операции в ФГБУ «НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова»

### **Выводы**

Является актуальной проблемой кардиологии, несмотря на сравнительную редкость ДАК, так как осложнения привносят большой вклад в смертность пациентов с врожденными пороками сердца. С целью предотвращения развития осложнений необходимо своевременно диагностировать, а в последствии наблюдать за больным, для проведения по показаниям в срок реконструктивного оперативного лечения.

УДК 616.127-005.8

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ РАЗНЫХ ПОЛОВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

*Быстрицкая Н. С., Волобуев Д. К., Анфилова М. Г.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. М. Хардикова*

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) составляют половину всех случаев неинфекционных заболеваний во всем мире [2, 4].

В результате проводимых исследований выяснилось, что на смертность от сердечнососудистых заболеваний в России оказывают большое влияние каждодневный стресс и такие модифицируемые факторы риска, как артериальная гипертония (АГ), курение, сахарный диабет, избыточная масса тела и прочие [1]. Известно, что снижение влияния факторов риска, приводит к снижению заболеваемости и смертности от ССЗ, в том числе от инфаркта миокарда [3, 5]. По мнению Американской ассоциации кардиологов, уже к 2030 г. смертность от ССЗ достигнет 23,6 млн человек.

Детальное изучение факторов риска, связанных с развитием ИМ у мужчин и женщин позволяет выявить их возрастные особенности [6].

### **Цель**

Провести анализ факторов риска в развитии инфаркта миокарда среди мужчин и женщин разных половозрастных групп и дать оценку полученным данным.

### **Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в отделение неотложной кардиологии регионального сосудистого центра БМУ Курской областной клинической больницы, в количестве 223 человек за период с января 2016 г. по октябрь 2019 г. Все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от пола. 1-я группа — женщины (n = 109 человек), 2-я группа — мужчины (n = 114 человек). Данные были получены методом выкопировки данных из карт стационарных больных (форма 033У) за выбранный период. Обработка и графическое представление данных проводилось с помощью компьютерных программ, в том числе «MS Excel 2013» и «Statistica» 10.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от пола (мужской и женский). 1-ю группу составили 109 женщин в возрасте 30–49 лет (7 (6,4 %) человек), старше 50 (102 (93,6 %) человека); во 2-ю группу вошли мужчины возраста 30–49 лет (23 (20,2 %) человека), старше 50 (91 (79,8 %) человек).

Данная возрастная градация связана с тем, что самым молодым пациентом с инфарктом миокарда стал мужчина 32 лет, с диагнозом острый мелкоочаговый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка от 25.03.16 г.

Среди госпитализированных мужчин из 23 человек в возрастной группе 30–49 лет — 10 (43,5 %) человек курили < 1 пачки в день, а 6 (26,1 %) человек > 1 пачки в день. Мужчины старше 50 лет выкуривали < 1 пачки в день в 23 (25,3 %) случаях, а > 1 пачки в день в 42 (46,2 %) случаях.

При этом среди женщин показатели оказались ниже. В возрастной группе 30–49 лет < 1 пачки в день выкуривали 4 (57,1 %) женщины, а в возрасте старше 50 лет — 3 (2,9 %) человека. Более 1 пачки в день никто из женщин не выкуривал.

Известно, что среди мужчин возрастной группы 30–49 лет вес в норме наблюдался у 16 (69,6 %) человек, избыточный вес — 7 (30,4 %) человек. В возрастной группе старше 50 лет — вес в норме у 50 (54,9 %) человека, избыточный вес имеют 41 (45,1 %) человек. Среди женщин возрастной группы 30–49 лет — избыточный вес наблюдался у 7 (100 %) человек. В возрасте старше 50 лет вес в норме имели 50 (49 %) человек, избыточный вес — 52 (51 %) человека.

Степень избыточной массы тела и ожирения оценивалась с помощью соотношения роста и массы тела по индексу Кетле (ИМТ = масса тела/рост<sup>2</sup>, кг/м<sup>2</sup>).

Среди исследуемых мужчин СД 2 типа наблюдался в возрасте 30–49 лет — у 4 (17,4 %) человек, ≥ 50 лет — 10 (11 %) человек. У женщин наблюдается следующая картина: 30–49 лет — 2 (28,6 %) женщины, ≥ 50 лет — 34 (33,3 %) человека.

Среди мужчин 30–49 лет АГ наблюдалась у 14 (60,9 %) человек, ≥ 50 лет — 75 (82,4 %) человек. Среди женщин возраста 30–49 лет — 6 (85,7 %) человек, ≥ 50 лет — 99 (97,1 %) женщин.

### **Выводы**

Ретроспективный анализ 200 историй болезни пациентов, поступивших в отделение неотложной кардиологии регионального сосудистого центра БМУ Курской областной клинической больницы за период с января 2016 г. по октябрь 2019 г. показал, что среди женщин 30–49 лет наиболее значимым фактором риска в развитии инфаркта миокарда оказалась избыточная масса тела. У пациентов старше 50 лет преобладает сахарный диабет и артериальная гипертензия. Среди мужчин возрастной группы 30–49 лет наиболее значимыми факторами риска оказались артериальная гипертензия и курение. Старше 50 лет самым значимым фактором риска в развитии инфаркта миокарда среди мужчин, в сравнении с женщинами, оказалось курение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдуллаев, К. З.* Ф.О. Факторы риска кардиоваскулярных осложнений у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST / К. З. Абдуллаев, Э. Н. Ташкенбаева, Ф. О. Хасанжанова // Наука и общество в эпоху перемен: матер. IV Междунар. науч.-практ. конф., г. Уфа. 15–16 окт. 2018 г. — С. 15–19.
2. *Бокерия, О. Л.* Внезапная сердечная смерть и ишемическая болезнь сердца / О. Л. Бокерия, М. Б. Биниашвили // Неинвазивная аритмология. — 2013. — Т. 10, № 2. — С. 38–43.
3. *Курочкина, О. Н.* Течение инфаркта миокарда с позиции гендерных различий: результаты ретроспективного исследования / О. Н. Курочкина, А. А. Спасский, А. Л. Хохлов // Проблемы женского здоровья. — 2012. — № 3. — С. 18–23.
4. Факторы риска и относительный коронарный риск у лиц молодого возраста / А. Г. Осипов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2012. — № 1. — С. 41–42.
5. *Самойленко, В. В.* Эволюция представлений об оценке риска развития сердечно-сосудистых осложнений в периоперационном периоде / В. В. Самойленко, О. П. Шевченко // Терапевтический архив. — 2014. — № 86(4). — С. 96–102.
6. *Шамес, А. Б.* Ишемическая болезнь сердца у женщин / А. Б. Шамес. — М.: Изд-во БИНОМ, 2013.

УДК 616. 12-008.313-08

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ  
С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

*Василенко Е. В., Воробьёва Е. С.*

**Научный руководитель: ассистент О. В. Коновалова**

**Учреждение образования**

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

***Введение***

Фибрилляция предсердий (ФП) — наджелудочковая тахиаритмия, характеризующаяся некоординированной электрической активностью предсердий с ухудшением их сократительной функции. ФП относится к наиболее распространённым нарушениям ритма сердца, частота встречаемости которой с возрастом увеличивается. Несмотря на значимый прогресс в лечении, ФП остается одной из основных причин инсульта, сердечной недостаточности и внезапной смерти [1].

Существует множество публикаций, отражающих проблему приверженности к лечению пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В то же время анализ данной проблемы у пациентов с ФП изучен недостаточно [2].

***Цель***

Изучить приверженность к лечению у пациентов с фибрилляцией предсердий.

***Материал и методы исследования***

В исследование включались пациенты с пароксизмальной и персистирующей формами ФП, госпитализированные для восстановления синусового ритма в кардиологическое отделение ГУЗ «ГГК БСМП» г. Гомеля. Оценка приверженности к лечению проводилась в сроки от 3 до 15 дней от момента срыва ритма.

Для достижения поставленной цели была разработана анкета по оценке приверженности к лечению. Помимо вопросов, входящих в состав теста Мориски – Грина (теста, состоящего из 4 вопросов, оценивающих приверженность к лечению), в разработанную анкету были включены вопросы, позволяющие изучить факторы приверженности, связанные с пациентом, имеющим ФП: демографические сведения, социально-экономические данные (уровень образования), мотивированность на продолжительное лечение и т. д.

Таким образом, анкета дополнительно включала паспортную часть, тест Мориски — Грина и вопросы по выявлению основных факторов, снижающих приверженность пациентов с ФП к лечению.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Обследовано 27 пациентов с ФП в возрасте от 34 до 85 лет (10 мужчин и 17 женщин, средний возраст составил  $68,7 \pm 10,2$ ).

Среднее образование имели 3 (11 %) человек, средне-специальное — 18 (67 %) человек, высшее образование — 6 (22 %) человек.

По результатам анализа анкеты, не приверженными к назначенному лечению (набравшими 2 балла и менее) оказались 16 (59 %) человек из участвующих в опросе, 7 (26 %) пациентов (набравшие 3 балла) оказались частично приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

По данным нашей анкеты только двое пациентов с высшим образованием и двое со средне-специальным образованием набрали по шкале Мориски-Грина 4 балла, т. е. наблюдается приверженность данных лиц к терапии. Отсюда можно сделать вывод, что уровень образования пациентов с ФП не влияет на уровень приверженности к выполнению рекомендаций врача. Основные причины низкой приверженности отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Основные причины низкой приверженности (по результатам теста Мориски-Грина)

№	Причина низкой приверженности к лечению	Выбравшие данный ответ, n	Выбравшие данный ответ, %
1	Забывчивость	13	48
2	Отсутствие ощутимого эффекта от лекарственной терапии	14	52
3	Побочные эффекты лекарственных препаратов	12	44
4	Нет причины (приём препаратов происходит строго в соответствии с рекомендациями врача)	4	15
5	Нежелание продолжительно принимать лекарства	7	26
6	Принимают, но отменяют по своему желанию	15	55

### Выводы

По результатам анализа анкеты было выявлено, что почти 2/3 опрошенных пациентов с ФП имеют низкую приверженность к лечению. Несмотря на информированность о необходимости соблюдения врачебных рекомендаций, по результатам теста Мориски-Грина, недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности являются 85 %. У этих пациентов наиболее высокий риск возникновения жизнеугрожающих и летальных осложнений ФП, таких как кардиоэмболический инсульт, сердечная недостаточность, внезапная сердечная смерть [1]. По данным анкетирования только 15 % принимает лекарственные препараты согласно рекомендациям лечащего врача. Основными причинами низкой приверженности по данным анкетирования стали: опасение побочных эффектов, длительный прием лекарств, недостаточная информированность пациентов о заболевании и его осложнениях, о возможностях современной терапии улучшить прогноз и качество жизни. С нашей точки зрения повысить приверженность пациентов к лечению можно путем контроля за выполнением рекомендаций врача и улучшения качества взаимодействия между врачом и пациентом. Это поможет снизить частоту госпитализаций, замедлить прогрессирование заболевания и впоследствии снизить затраты государства на медицинское обслуживание.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вклад приверженности терапии антикоагулянтами в риск осложнений фибрилляции предсердий / Ю. П. Скиренко [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2019. — № (6). — С. 64–69.
2. Приверженность лечению больных с фибрилляцией предсердий в условиях амбулаторно-поликлинической практики / М. А. Качковский [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2010. — Т. 12, № 1(6). — С. 1606–1609.

УДК 616.34-002-036.82

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ  
С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

*Виноградова Е. А.*

**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***

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), занимают одну из ведущих позиций в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта в силу тяжести течения, частоты осложнений и летальности. Актуальность проблемы ВЗК на сегодня не подлежит сомнению, что подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, отсутствием специфического лечения, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом [1]. БК и ЯК в силу вышеперечисленных особенностей имеют не только медицинское, но и важное социальное значение [2]. Интегративный показатель, отражающий психологическое, эмоциональное и социальное благополучие человека, основанный на его субъективном восприятии, определяется понятием качество жизни [3]. Восприятие пациентами своего заболевания влияет на повседневную жизнь и самочувствие, что является важным фактором оценки здоровья пациентов в клинической практике [4].

***Цель***

Оценить качество жизни пациентов с ВЗК в зависимости от возраста, длительности заболевания и активности процесса.

***Материал и методы исследования***

Проведено обследование 26 пациентов с диагнозом ВЗК в возрасте 29–79 лет, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ГГКБ № 3 с ноября 2019 г. по март 2020 г., путем объективного осмотра, опроса с использованием стандартизированного опросника «SF-36 Health Status Survey». 36 пунктов данного опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов — это полное здоровье. Соответственно, чем выше оценка, тем более высокий уровень качества жизни.

Активность ЯК оценивалась по классификации Mayo [5], а активность БК определялась с помощью индекса клинической активности по Best [6].

***Результаты исследования и их обсуждение***

Среди всех пациентов диагноз ЯК был у 18 (69,2 %) человек, БК — у 8 (30,8 %) человек. По полу пациенты распределились следующим образом: мужчины — 12 (46,1 %), женщины — 14 (53,9 %); в случае ЯК мужчины составили 10 (55,5 %), женщины — 8 (44,5 %), в случае БК мужчины — 2 (25 %), женщины — 6 (75 %) человек.



Активность ЯК оценивалась по классификации Mayo: пациенты в ремиссии составили 5 (27,8 %) человек, легкое обострение — 4 (22,2 %), средней тяжести — 7 (38,9 %), тяжелое обострение — 2 (11,1 %). Тяжесть атаки БК определялась с помощью индекса клинической активности по Best: ремиссия — 2 (25 %), легкая — 3 (37,5 %), средней тяжести — 2 (25 %), тяжелая — 1 (12,5 %) пациентов.

Исследуемые пациенты были разделены на группы по возрастному показателю, по продолжительности и активности заболевания. По каждому критерию были взяты средние значения показателей оценки качества жизни. Результаты исследования представлены в таблицах 1–3.

Таблица 1 — Показатели качества жизни в зависимости от возраста

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
29–49 лет	77	84	82	72	66	70	72	78
50–79 лет	63	70	67	48	49	69	45	66

Из таблицы 1 видно, что качество жизни у пациентов ухудшается с возрастом. У пациентов 29–49 лет больше всего страдает жизнеспособность (жизненная активность) и социальное функционирование, наибольшие цифры прослеживаются в отношении ролевой деятельности и телесной боли; в то же время у пациентов 50–79 лет наблюдаются наименьшие цифры в общем состоянии здоровья, жизнеспособности (жизненная активность) и эмоциональном состоянии, а наибольшие в ролевом и социальном функционировании.

Таблица 2 — Показатели качества жизни в зависимости от длительности ВЗК

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
До года	79	87	81	67	75	71	71	78
1–5 лет	71	74	73	56	71	68	53	65
5 и > лет	62	70	67	47	61	66	43	58

Из таблицы 2 следует, что с увеличением длительности заболевания показатели качества жизни пациентов снижаются.

Таблица 3 — Показатели качества жизни в зависимости от степени активности ВЗК

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Ремиссия	79	88	83	74	76	73	71	79
Легкое обострение	75	82	78	60	71	64	66	76
Обострение средней тяжести	67	73	71	52	59	60	51	64
Тяжелое обострение	59	68	65	44	47	59	42	57

Различия в показателях в целом незначительны в состоянии ремиссии и при легком обострении, далее плавно снижаются от обострения легкой до тяжелой степени.

### Выводы

Таким образом, показатели качества жизни у пациентов с ВЗК значительно ухудшаются в возрастной группе 50–79 лет; наблюдается прямая зависимость снижения от длительности заболевания; показатели качества жизни обратно пропорциональны степени активности ВЗК: самые высокие значения прослеживаются у пациентов в состоянии ремиссии, наиболее низкие при тяжелом течении заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2001. — 527 с.
2. Халиф, И. Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И. Л. Халиф, И. Д. Лоранская. — М.: Миклош, 2004. — 88 с.
3. Новик, А. А. Исследование качества жизни в медицине: учеб.-метод. пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 304 с.
4. Short Health Scale: A valid, reliable, and responsive instrument for subjective health assessment in Crohn's disease / H. Stjernman [et al.] // *Inflamm Bowel Dis.* — 2008. — № 1. — P. 47–52.
5. Schroeder, K. W. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study / K. W. Schroeder, W. J. Tremaine, D. M. Ilstrup // *N. Engl. J. Med.* — 1987. — P. 1625–1629.
6. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study / W. R. Best [et al.] // *Gastroenterol.* — 1976. — P. 439–444.

УДК 616.127-005.4-085.22

**ВЛИЯНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРА МИЛДРОНАТА НА ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ТАХИАРИТМИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Власенко В. Д.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. А. Николенко**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

***Введение***

Основной причиной внезапной сердечной смерти у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) являются желудочковые тахикардии. Учитывая, что наиболее часто рекомендуемые антиаритмические препараты III класса обладают рядом тяжелых побочных эффектов, открываются перспективы для поиска новых подходов к лечению ишемических желудочковых аритмий [1].

Период преходящей ишемии миокарда сопровождается развитием дисбаланса в энергетическом обмене кардиомиоцитов. В результате происходит замедление энергозависимых процессов переноса электролитов, активация свободнорадикального окисления, перегрузка клетки кальцием, что приводит к появлению электрической нестабильности миокарда и запуску аритмий. Милдронат как метаболит способен оптимизировать энергообмен и возобновить функциональную активность кардиомиоцитов за счет уменьшения потребности ткани в кислороде, подвергшейся ишемии, и уменьшения проявлений окислительного стресса [2, 3].

***Цель***

Изучить влияние кардиопротектора милдронат у больных ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией II функционального класса на частоту желудочковой тахикардии и вариабельность ритма сердца.

***Материал и методы исследования***

В исследовании участвовали две группы пациентов по 20 человек с ИБС, стабильной стенокардией II ФК, частой желудочковой аритмией в возрасте от 45 до 65 лет.

Исходно пациентам была назначена стандартная антиангинальная терапия: кардиоселективный  $\beta_1$ -адреноблокатор (метопролола сукцинат — 200 мг/сут), ингибитор АПФ (периндоприл — 5–10 мг/сут), дезагрегант (кардиомагнил — 75 мг/сут), статины (аторвастатин — 40 мг/сут) [4].

Через месяц базовой терапии основной группе дополнительно был назначен метаболит (милдронат в дозе 750 мг/сутки). Через 1 месяц цитопротектор отменялся, и ба-

зовая терапия продлевалась еще на два месяца. Контрольная группа получала традиционную антиангинальную терапию все четыре месяца наблюдения. Эктопическую желудочковую активность миокарда и динамику параметров variability сердечного ритма оценивали с помощью суточного мониторирования электрокардиограммы ежемесячно с момента включения пациента в исследование.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При исходном проведении суточного мониторирования ЭКГ у больных, включенных в исследование, были выявлены частые одиночные, парные и групповые желудочковые экстрасистолы, с преобладанием дневного типа аритмии. Аритмия появлялась или усиливалась на физическую нагрузку и сопровождалась депрессией сегмента ST на электрокардиограмме.

У больных 1 группы через 1 месяц терапии метопрололом отмечено достижение целевой ЧСС (55–65 в мин) и достоверное снижение частоты одиночной желудочковой экстрасистолии в дневной период на 72 %, в ночной — на 75 %, в ранний утренний — на 81 %. Комплексная терапия милдронатом в течение месяца не привела к дальнейшим достоверным изменениям частоты одиночной ЖЭ днем и в ранний утренний период, ночью частота одиночной ЖЭ уменьшилась на 89 %.

После месяца базовой антиангинальной терапии частота парной ЖЭ достоверно уменьшилась в дневное время на 55 %, в ночной период — на 75 %, в ранний утренний — на 45 %. Комплексное лечение милдронатом привело к дальнейшему уменьшению частоты парной ЖЭ на 73 % в дневной период, на 89 % — в ночное время, на 81 % — в ранний утренний период. Основной эффект был получен в отношении групповой ЖЭ, что проявилось в купировании данного вида аритмии на фоне комплексной терапии милдронатом. Эффект последствия милдроната сохранялся в течение двух месяцев после его отмены. В контрольной группе начиная со второго месяца наблюдения достоверных изменений частоты аритмии не выявлено.

Анализ исходных показателей variability ритма сердца показал низкий уровень SDNN (квадратичный корень из разброса интервалов RR) и HF (маркер парасимпатического влияния на синусовый узел) и высокий показатель LF (маркер симпатического воздействия на синусовый узел). Отмечено преобладание симпатических влияний над парасимпатическими.

1 месяц базисной терапии не привел к достоверному изменению показателей SDNN в обеих группах. На фоне комплексной терапии милдронатом отмечен рост SDNN только в ночной период на 22 %.

На фоне базовой терапии больных стабильной стенокардией II ФК показатель LF в дневной и ночной период не изменился. Добавление милдроната привело к снижению симпатических влияний на синусовый узел, что проявилось достоверным снижением параметра LF на 42 %. Эффект последствия препарата продолжался на протяжении 2 месяцев после его отмены.

Через 1 месяц стандартной терапии в обеих группах параметр HF достоверно не изменился. Комплексная терапия с милдронатом привела к росту данного показателя в дневное время на 52 %. При приеме милдроната отмечено увеличение параметра HF в ночной период на 72 %. В ранний утренний период показатель увеличился на 85 % через 1 месяц терапии милдронатом. В контрольной группе достоверных изменений динамики параметров variability ритма сердца не получено.

#### **Выводы**

Комплексная терапия милдронатом (750 мг/сут) в течение месяца приводит к усилению антиаритмического эффекта  $\beta$ -адреноблокатора (метопролола сукцинат) и уменьшению частоты одиночной ЖЭ, купированию аритмий высоких градаций. Ис-

пользование милдроната приводит к выраженному достоверному увеличению парасимпатических влияний на синусовый узел, что способствует уменьшению электрической нестабильности миокарда.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Современные возможности применения нитропрепаратов у больных с ишемической болезнью сердца: от стенокардии до полиморбидности / Г. Гороховская [и др.] // *Consilium Medicum*. — 2018. — Т. 20, № 12. — С. 61–68.
2. Милдронат в кардиологической практике — итоги, новые направления, перспективы / В. Михин [и др.] // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2012. — Т. 11, № 1. — С. 96–103.
3. *Михин, В. П.* Противоишемическая и антиоксидантная активность мельдония у больных ИБС со стабильной стенокардией / В. П. Михин, П. Ю. Тюриков // *Медицинский Совет*. — 2016. — № 13. — С. 56–60.
4. *Шишкова, В.* Рациональный подход к решению кардиометаболических проблем в терапии коморбидных пациентов / В. Шишкова, Л. Капустина // *Врач*. — 2018. — Т. 29, № 11. — С. 3–11.

**УДК 616.127-005.8**

**НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*Волобуев Д. К., Быстрицкая Н. С., Анфилова М. Г.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. М. Хардикова***

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

***Введение***

В результате проведенных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) исследований были получены данные, позволяющие говорить о причинах преждевременной смерти жителей нашей планеты. Сердечно-сосудистые заболевания в настоящий момент составляют примерно половину неинфекционных случаев заболеваемости или около 30 % причин летальных исходов во всем мире. В частности, ишемическая болезнь сердца (ИБС) составляет большой пласт в структуре заболеваемости и смертности от патологии, связанной с системой кровообращения.

***Цель***

Изучить закономерности между локализацией зоны некроза миокарда и нарушениями ритма, возбудимости и проводимости и на основании полученных данных обозначить основные модели пациентов с ИМ и наличием аритмии.

***Материал и методы исследования***

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в отделение неотложной кардиологии регионального сосудистого центра БМУ Курской областной клинической больницы, в количестве 103 человек за период с января 2018 г. по декабрь 2018 г. Количество мужчин — 72 человека, женщин — 31 человек. Средний возраст мужчин составил 55 лет, средний возраст женщин — 70 лет. Все пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от локализации инфаркта. На 103 пациента пришелся 161 случай нарушения ритма. При оценке нарушений использовались данные электрокардиографии, Холтеровского мониторирования ЭКГ. Данные были получены методом выкопировки данных из медицинских карт стационарных больных (форма 033У) за выбранный период. Обработка и графическое представление данных проводилось с помощью компьютерных программ, в том числе «MS Excel 2016» и «Statistica» 10.0. Для классификации нарушений ритма применялась классификация, предложенная М. С. Кушаковским, Н. Б. Журавлевой в модификации А. В. Стругинского и соавторов.

### Результаты исследования и их обсуждение

1. Боковая локализация наблюдалась у 8 пациентов, сопровождалась нарушением образования импульса в виде синусовых тахикардий, предсердных экстрасистол.

2. Нижняя локализация верифицирована у 20 больных. Проходила с нарушением образования импульса (синусовая брадикардия, желудочковые экстрасистолы) и с нарушением проводимости (блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса).

3. Нижне-боковая локализация была у 26 пациентов и сопровождалась нарушением образования импульса (синусовая тахи- и брадикардия, предсердные и желудочковые экстрасистолы), нарушение проводимости в виде блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса.

4. Передняя локализация верифицирована у 33 больных. Сопровождалась с нарушением образования импульса (синусовая брадикардия, предсердные и желудочковые экстрасистолы), а также с нарушением ритма (блокада правой ножки пучка Гиса).

5. Передне-верхушечно-боковая локализация выявлена у 16 человек с нарушением образования импульса (синусовая брадикардия, брадисистолические формы фибрилляции предсердий) и с нарушением проводимости в виде блокад передней ветви левой ножки пучка Гиса. Нарушения ритма в зависимости от локализации представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Нарушения ритма у больных с инфарктом миокарда в зависимости от локализации

№ п/п	Локализация ИМ	Аритмическое осложнение
1.	Боковая	Синусовые тахикардии, предсердные экстрасистолы.
2.	Нижняя	Синусовые брадикардии, желудочковые экстрасистолы 1 типа по Лауну, блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса
3.	Нижне-боковая	Синусовые тахи- и брадикардии, предсердные экстрасистолы, желудочковые экстрасистолы 2 типа по Лауну, блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса
4.	Передняя	Синусовая брадикардии, желудочковые экстрасистолы 2 типа по Лауну, предсердные экстрасистолы, блокады правой ножки пучка Гиса
5.	Передне-верхушечно-боковая	Синусовые брадикардии, брадисистолические формы фибрилляции предсердий, блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса

### Выводы

Нарушения образования импульса в виде синусовых тахикардий чаще встречались при боковом инфаркте миокарда, а синусовые брадикардии — при передне-верхушечно-боковых.

Нарушения образования импульса в виде предсердных экстрасистол характерны больше для боковых форм инфаркта, а в форме желудочковых — для нижних.

Нарушения проводимости в виде блокад передней ветви левой ножки пучка Гиса наиболее часто встречались при нижне-боковых формах, а блокады правой ножки пучка Гиса — при передних.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, В. А. Особенности сезонной динамики частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам со стенокардией / В. А. Беляева // Сеченовский вестник. — 2019. — № 1. — С. 5–10.
2. Концевая, А. В. Задержка обращения пациентов с острым коронарным синдромом/инфарктом миокарда за скорой медицинской помощью: обзор исследований / А. В. Концевая, Е. Н. Кононец, Е. А. Горячкин // Российский кардиологический журнал. — 2019. — № 24. — С. 132–139.
3. Логачева, И. В. Динамика основных параметров холтеровского мониторирования электрокардиограммы у больных инфарктом миокарда с желудочковыми нарушениями ритма сердца / И. В. Логачева, Н. Г. Баранцева // Казанский медицинский журнал. — 2013. — № 2. — С. 176–180.
4. Явлов, И. С. Острый коронарный синдром / И. С. Явлов, Д. В. Дупляков, С. М. Хохлунов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 384 с.

УДК 616.72-002-021.3-053.6-085.277

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

*Волчек В. С., Бильский И. А.*

**Научный руководитель:** старший преподаватель *З. В. Грекова,*  
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

***Введение***

Ревматоидный артрит (РА) представляет собой заболевание, в изучение и терапию которого вовлечено большинство основных общемедицинских проблем — иммунитет и аутоиммунные реакции, воспаление, медицинская генетика, остеопороз и др. Поэтому успехи в данных сферах медицины и в изучении РА как конкретной нозологической единицы оказывают взаимное положительное влияние. В частности, крупный прогресс в расшифровке общих закономерностей иммунных реакций и установлении важнейшей роли цитокинов обусловил принципиальные достижения в лечении РА, достигнутые за последние годы.

Определенные успехи связаны в первую очередь с улучшением диагностики заболевания и широким внедрением в клиническую практику концепции раннего назначения базисных противовоспалительных препаратов (БПВП). Тем не менее, продолжительность жизни пациентов РА остается меньше, чем в популяции на 10–15 лет [1], более половины пациентов становятся инвалидами уже в первые 5–7 лет болезни [2].

Таким образом, сложность лечения РА заключается в невозможности предсказать эффективность того или иного базисного средства, продолжительность и длительность его действия, необходимые для оценки клинико-лабораторного эффекта, а также времени для оценки «базисного» эффекта противовоспалительных средств, а именно — подавления прогрессирования деструкции структур сустава. Как правило, выбор препарата определяется уровнем активности воспаления [3, 4], в дальнейшем успех терапии в очень большой степени зависит от контроля эффективности и переносимости лекарства и своевременной коррекции терапии.

***Цель***

Изучить результаты применения тоцилизумаба в лечении РА в учреждении «Гомельская областная клиническая больница» в период с 2017 по 2019 гг.

***Материал и методы исследования***

В группу наблюдения вошли 3 пациента женского пола, принимавшие тоцилизумаб в период с 2017 по 2019 гг. Возраст пациентов на начало наблюдения составил 47, 45 и 66 лет соответственно. У всех пациентов наблюдалась 3 степень активности РА согласно критериям ACR/EULAR. Все исследования выполнены на базе учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в период с 2017 по 2019 гг. Схема введения препарата следующая: внутривенно капельно в дозе 8 мг/кг в течение, как минимум 1 ч, 1 раз в 4 недели. Препарат разводится до 100 мл стерильным 0,9 % раствором натрия хлорида в асептических условиях.

Для оценки активности заболевания был использован индекс, состоящий из нескольких дискретных значений активности ревматоидного артрита, объединенных в единый инструмент — DAS28. Критериями активности заболевания служили уровень СОЭ, концентрация С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови, количество лейкоцитов и эритроцитов, содержание гемоглобина.

### Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациентов после инфузии тоцилизумаба отмечалась положительная динамика лабораторных проявлений заболевания (таблица 1).

Таблица 1 — Лабораторные показатели пациентов в ответ на лечение тоцилизумабом

Показатели	До лечения	После лечения
Эритроциты ( $\times 10^{12}/л$ )	$4,07 \pm 0,72$	$4,48 \pm 0,25$
Гемоглобин (г/л)	$109 \pm 21$	$118 \pm 12,2$
Лейкоциты ( $\times 10^9/л$ )	$9,1 \pm 4,18$	$6,0 \pm 1,6$
СОЭ (мм/ч)	$38 \pm 11,6$	$23,3 \pm 15,15$
СРБ (мг/дл)	$45,85 \pm 29,47$	$8,4 \pm 6,5$
DAS28	$7,2 \pm 1,26$	$6,4 \pm 1,17$

Это проявилось в положительной динамике показателей (уровня эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов, СОЭ, СРБ).

### Выводы

У пациентов с РА на фоне комбинированной терапии тоцилизумабом отмечается умеренное снижение активности заболевания по индексу DAS28, снижение СОЭ, снижение концентрации СРБ в сыворотке крови, нормализация количества лейкоцитов и эритроцитов, повышение содержания гемоглобина в крови. Однако, абсолютное значение показателя DAS28 все еще характеризует высокую активность заболевания у всех 3-х пациентов. Исходя из полученных данных, исследование позволяет рассматривать биологическую терапию как перспективное направление в патогенетическом лечении РА.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов, Е. Л. Применение инфликсимаба (моноклональные антитела к фактору некроза опухоли- $\alpha$ ) в ревматологии: новые факты и идеи / Е. Л. Насонов // РМЖ. — 2004. — Т. 12, № 20. — С. 1123–1133.
2. Сигидин, Я. А. Биологическая терапия в ревматологии / Я. А. Сигидин, Г. В. Лукина. — М., 2007. — С. 7–17.
3. Сигидин, Я. А. Препарат Инфликсимаб в современной ревматологии / Я. А. Сигидин, Г. В. Лукина // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 118–121.
4. Насонов, Е. Л. Фармакотерапия ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины: новые рекомендации / Е. Л. Насонов // РМЖ. — 2002. — № 10 (6). — С. 294–301.

УДК 616.12-008.46

## СВЯЗЬ АНЕМИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гаврикова Д. И., Гавриков А. К.

Научный руководитель: д.м.н., профессор М. А. Степченко

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация

### Введение

Одной из актуальных проблем современной кардиологии является выявление состояний, осложняющих течение хронической сердечной недостаточности (ХСН), в частности анемии [1]. При длительном снижении уровня гемоглобина наблюдается расстройство гемодинамики, что ведет к постепенному развитию гипертрофии миокарда, дилатации камер сердца, формированию относительной недостаточности клапанного аппарата и стойкой ишемии миокарда [2]. У пациентов с ХСН и анемией отмечается более низ-

кий индекс массы тела, более высокий функциональный класс ХСН, сниженная толерантность к физической нагрузке и повышенное давление наполнения правого и левого желудочков [3, 4], что приводит к ухудшению качества жизни и ее прогноза, а также почти в 2 раза увеличивает риск фатальных событий по сравнению с лицами без анемии [5].

### **Цель**

Изучить распространенность анемии среди больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от их пола и возраста, уточнить связь анемии с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и степенью их тяжести, стадией хронической сердечной недостаточности по Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко на базе кардиологического отделения Курской областной клинической больницы (БМУ КОКБ) за 2019 г.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 1177 историй болезни пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы на базе кардиологического отделения Курской областной клинической больницы за 2019 г. Среди больных было 602 пациента мужского пола и 575 — женского пола. Средний возраст пациентов составил  $73 \pm 12$  лет. Большинство больных были в возрасте 60 лет и старше. Диагноз хронической сердечной недостаточности основывался на результатах клинического, лабораторного и инструментального обследования с использованием национальных клинических рекомендаций (2016 г.). Диагноз анемии устанавливался при концентрации гемоглобина в крови у мужчин менее 130 г/л, у женщин — менее 120 г/л. Вычислялись экстенсивные показатели структуры больных по возрасту, полу, нозологиям, стадиям ХСН.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 1177 проанализированных историй болезни 119 (10,1 %) пациентов одновременно имели ХСН и анемию; из них 67 мужчин (средний показатель уровня гемоглобина — 113,7 г/л) и 52 женщины (средний показатель уровня гемоглобина — 106,7 г/л). Частота анемии в значительной степени зависела от возраста больных: анемия нечасто выявлялась у пациентов моложе 60 лет, но среди долгожителей (90 лет и старше) ее распространенность превышала 50 %. Подавляющее большинство исследуемых в диагнозе имели 2А стадию ХСН (85,1 % мужчин и 82,7 % женщин), у небольшого количества больных зафиксировали 2Б стадию ХСН (11,9 % и 11,5 % соответственно) и всего у 3 % мужчин и 5,8 % женщин была установлена 1 стадия ХСН. У значительного числа пациентов в основном заболевании стоял диагноз гипертоническая болезнь (94% мужчин и 82,7 % женщин), при этом частота анемий имеет прямую связь со стадией гипертонической болезни (у мужчин 1,5; 9 и 83,5 % при I, II и III стадии соответственно; у женщин — 3,8; 21,2 и 57,7 %). Диагноз стабильная стенокардия напряжения верифицирован в 71,6 % случаев у мужчин и 57,3 % у женщин, различные формы фибрилляции предсердий в 34,3 % случаев у мужчин и 44,2 % у женщин, постинфарктный кардиосклероз в 37,3 и 21,2 % соответственно (рисунок 1). Реже в основном диагнозе встречались врожденные и приобретенные пороки сердца и сосудов — всего 14,3 % из всего числа больных с ХСН и анемией, кардиомиопатии — 7,6 %, эндокардиты — 3,4 % и миокардиты — 1,5 %.

### **Выводы**

У каждого 10 пациента с ХСН преимущественно пожилого и старческого возраста выявляется анемия. Чаще встречается анемия легкой степени, в подавляющем количестве случаев у пациентов со 2А стадией ХСН. Среди основных причин развития ХСН у больных кардиологического отделения БМУ КОКБ в 2019 г. можно выделить гипертоническую болезнь, стабильную стенокардию, нарушения сердечного ритма и постинфарктный кардиосклероз.



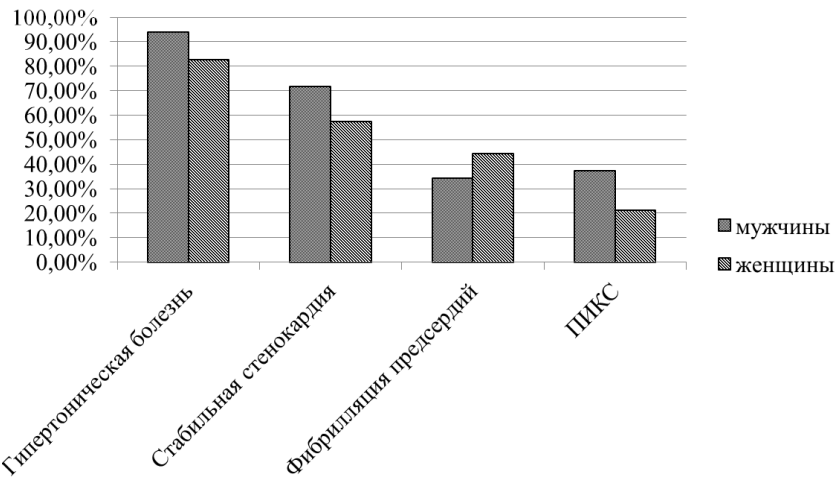


Рисунок 1 — Распространенность анемии у больных ХСН по нозологиям

ЛИТЕРАТУРА

1. Проворотов, В. М. Влияние эритропоэтина на клиническое течение хронической сердечной недостаточности у пациентов с анемией: результаты несравнительного исследования / В. М. Проворотов, С. А. Авдеева // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2011. — Т. 7, № 5. — С. 605–608.
2. Туракулов, Р. И. Влияние анемии на толерантность к физической нагрузке и качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью / Р. И. Туракулов // Международная науч.-практ. конф. «Европейские исследования: инновации в науке, образовании и технологиях» (г. Лондон, Великобритания, 07–08 мая 2018 г.) // Проблемы науки. — 2018. — С. 133–135.
3. Проворотов, В. М. Анемия у больных хронической сердечной недостаточностью / В. М. Проворотов, С. А. Авдеева // Клиническая медицина. — 2012. — № 3. — С. 55–57.
4. Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы / С. Р. Гиляревский [и др.] // Журнал им. Н. В. Склифосорского Неотложная медицинская помощь. — 2019. — № 8(1). — С. 68–73.
5. Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging / R. M. Lang // Journal of the American Society of Echocardiography. — 2015. — Vol. 28 (1). — P. 1–39.

УДК 616.61-006

**ДОСТОВЕРНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ  
ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ  
НОВООБРАЗОВАНИЙ И ПСЕВДООПУХОЛЕВЫХ  
СТРУКТУР ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ**

*Гайдукова М. В.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Н. С. Воротынцева**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

**Введение**

В современных условиях более половины случаев опухолей почек диагностированы случайно при обследовании пациентов с нехарактерными для опухоли симптомами. Считается, что для первичной диагностики в большинстве случаев достаточно ультразвукового исследования (УЗИ). Для дифференциальной диагностики, оценки распространенности процесса, стадирования и определения тактики лечения требуются дополнительные диагностические технологии, такие как магнитно-резонансная (МРТ) и мультиспиральная компьютерная томографии (МСКТ). В настоящее время остается актуальной задачей диагностика новообразований почки малых размеров, а также дифференци-

альная диагностика злокачественных опухолей почек с псевдоопухолевыми структурами паренхимы, с осложненными и мультилокулярными кистами, с доброкачественными образованиями, и, прежде всего, с ангиомиолипомой (АМЛ) и онкоцитомой.

***Цель***

Оценить диагностические возможности различных методов лучевого исследования при дифференциальной диагностике новообразований и псевдоопухолевых структур паренхимы почки.

***Материал и методы исследования***

Нами проведен анализ результатов лучевого исследования почек 1009 пациентов, направленных в клиничко-диагностический центр «Клиника Эксперт Тверь» за период с 2015 по 2019 гг. с целью исключения патологии мочевыделительной системы и 40 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в урологическом отделении ОБУЗ «КОКБ» г. Курска в период с 2016 по 2018 гг.

Всем пациентам был выполнен комплекс лучевых методов исследований, таких как УЗИ почек с применением доплерографии, МРТ и (или) МСКТ мочевыделительной системы. Контрастирование сосудистого русла применялось в случае необходимости проведения дифференциальной диагностики. Различные новообразования и опухолеподобные изменения паренхимы почек были выявлены у 180 (17,2 %) из 1049 обследованных пациентов. Для определения диагностических возможностей УЗИ эти 180 пациентов были разделены на три группы в зависимости от выполненного комплекса лучевых исследований. В I группе 63 пациентам были выполнены УЗИ и МРТ. Во II группе 105 пациентам выполнялись УЗИ и МСКТ. III группу составили 12 пациентов, которым был проведен комплекс УЗИ, МРТ и МСКТ.

Женщин было в 1,5 раза больше чем мужчин. Минимальный возраст составил 17 лет, максимальный — 83 года, а средний возраст мужчин и женщин составил 56,7 лет.

Клинические проявления патологии почек, такие как боли в животе и пояснице, макро- и (или) микрогематурия, повышение артериального давления, изменения в анализе мочи, имели место у 105 (58,3 %) из 180 пациентов.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Из 180 пациентов, у которых в результате лучевого исследования были обнаружены очаговые или псевдоочаговые новообразования, в 9 (5 %) случаях ультразвуковое исследование не выявило патологии и причиной для дообследования стало наличие клинических проявлений. Анализ этих 9 случаев показал, что при МРТ и МСКТ у 3 из 9 пациентов была выявлена АМЛ и у 5 пациентов диагностировано злокачественное новообразование, еще у одного пациента по данным МСКТ не удалось достоверно исключить патологический процесс, при контрольных исследованиях новообразование в почке не было выявлено. Причиной не обнаружения опухоли при УЗИ служили малые размеры образования (менее 5,0 мм) и сложная эхографическая картина паренхимы почек, которая не позволила достоверно выявить патологический очаг. Еще у 4 пациентов при УЗИ не удалось достоверно отдифференцировать злокачественное новообразование и псевдоопухолевую структуру почки, при этом высокотехнологичные лучевые исследования (МРТ и МСКТ) выявили у одного из этих 4 пациентов наличие злокачественного новообразования, у остальных трех пациентов патологии выявлено не было. Таким образом, в 13 (7,2 %) из 180 случаев УЗИ не дало достоверных данных о состоянии почечной паренхимы.

Высокотехнологичные методы лучевого исследования не выявили патологии у 40 (22,2 %) из 180 пациентов, тогда как по данным УЗИ у 17 из этих 40 пациентов предполагался ПКР, у 21 пациента — АМЛ, а у двух пациентов был диагноз сомнительным. В остальных 140 из 180 наблюдений по данным высокотехнологичных методов исследования доброкачественные образования почек (такие как АМЛ, аденома, фиброма, ли-

пома, кисты) были выявлены у 54 (30 %) из 180 пациентов, а злокачественные новообразования у 78 (43,3 %) пациентов, еще у одного пациента (0,6 %) было сочетание ПКР и АМЛ; сомнительный диагноз был выставлен 7 (3,9 %) пациентам — им было рекомендовано контрольное комплексное лучевое исследование через 3 и 6 месяцев. Гистологическая верификация — подтверждение лучевого диагноза злокачественной опухоли почки — выполнена в 20 случаях.

#### **Выводы**

Наши данные показывают, что при УЗИ псевдоопухолевые структуры паренхимы ошибочно были приняты за ПКР в 9,4 % случаев, а также отмечалась гипердиагностика АМЛ в 11,7 % случаев. Сложность диагностики псевдоопухолевых структур паренхимы почки при УЗИ заключалась в визуализации изо-, и гипоехогенных «образований», расположенных в среднем сегменте паренхимы, как однородной так и неоднородной структуры, с нечеткими контурами и перинодулярным кровотоком, что и явилось, по нашему мнению, причиной гипердиагностики ПКР. Чувствительность УЗИ при диагностике очаговых изменений паренхимы почек составила 90,7 %, а специфичность — 95,5 %. Учитывая сложность дифференциальной диагностики новообразований и псевдоопухолевых структур паренхимы почки, и исходя из выше изложенного, мы считаем, что при подозрении на злокачественное новообразование почки необходимо проведение только комплексного лучевого исследования (УЗИ + МРТ + МСКТ) с контрастированием сосудистого русла почек. Формирование лечебной тактики должно основываться на результатах этого комплексного лучевого исследования.

УДК 616.133.33 - 02 - 03.86: 616.379 - 00864

### **МИКРОАНГИОПАТИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

*Ганцалева А. В.*

**Научный руководитель: ассистент А. Ю. Прислопская  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

#### **Введение**

Сахарный диабет (СД) 2 типа является глобальной медико-социальной проблемой современности в силу катастрофического роста численности пациентов во всем мире и тяжелых последствий данного заболевания. При недостаточно эффективном лечении СД может значительно ограничивать жизнь пациентов, приводить к ранней инвалидизации и преждевременной смерти из-за развития сосудистых осложнений [1].

Хронические (сосудистые) осложнения СД разделяют на микроангиопатии и макроангиопатии. К первым относятся диабетическая нефропатия (специфическое поражение сосудов почек) и диабетическая ретинопатия (поражение сосудов глаз) [2].

#### **Цель**

Оценить частоту и структуру микроангиопатии у пациентов с СД 2 типа.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов с СД 2 типа за период январь – март 2019 г., находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Из них микроангиопатию (ретинопатию, нефропатию) имели 65 пациентов: ретинопатия —

у 41 (63 %) пациента, нефропатия — у 27 (42 %) пациентов. Для анализа использовались данные биохимического анализа крови (уровень креатинина, мочевины) суточная протеинурия. Значение СКФ высчитывалось по формуле:  $MDRD\ СКФ = 11,33 \times Crk - 1,154 \times \text{возраст} - 0,203 k$ . Crk — креатинин плазмы крови (ммоль/л), k — половой коэффициент (для мужчин 1,212, для женщин 0,742).

При исследовании также изучались такие вопросы, как стаж заболевания СД 2 типа и наличие сопутствующей артериальной гипертензии.

#### Результаты исследования и их обсуждение

У всех обследуемых пациентов с микроангиопатией диагностировалась коморбидная патология: СД 2 типа и АГ, в связи с чем не представлялось возможным указать точный генез нефропатии и ретинопатии.

Таблица 1 — Распространенность АГ у пациентов в зависимости от стажа СД 2 типа с микроангиопатией

Продолжительность СД 2 типа	До 5 лет	От 5 до 15 лет	Свыше 15 лет
Количество пациентов с АГ	16 (24,6 %)	30 (46,2 %)	19 (29,2 %)

У большинства пациентов с СД 2 типа диагностирована АГ 3 степени (38 пациентов). Средний возраст пациентов с СД 2 типа на момент диагностики АГ составил 45 лет.

В зависимости от продолжительности СД 2 типа все пациенты с ретинопатией и нефропатией были разделены на 3 группы (таблицы 2, 3). В первую группу вошли пациенты, стаж СД 2 типа которых составил менее 5 лет. Во вторую группу были включены пациенты с длительностью заболевания от 5 до 15 лет. В третью группу включены пациенты со стажем заболевания более 15 лет.

Также пациенты были разделены по гендерному признаку на мужчин и женщин. Возраст исследуемых пациентов колеблется от 37 до 86 лет.

Таблица 2 — Распространенность ретинопатии у пациентов в зависимости от стажа СД 2 типа

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	3 (7,3 %)	2 (4,9 %)	5
От 5 до 15 лет	14 (34,1 %)	11 (26,8 %)	25
Свыше 15 лет	7 (17,1 %)	4 (9,8 %)	11
Всего	24	17	41

Исходя из данных таблицы 2 можно сделать вывод, что ретинопатия чаще встречается у пациентов с СД 2 типа со стажем заболевания от 5 до 15 лет, преимущественно у мужчин — 14 (34,1 %).

Таблица 3 — Распространенность нефропатии у пациентов в зависимости от стажа СД 2 типа

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	1 (3,7 %)	2 (8,3 %)	4
От 5 до 15 лет	4 (14,9 %)	5 (20,8 %)	15
Свыше 15 лет	3 (11,1 %)	9 (33,3 %)	15
Всего	8	16	24

Наибольшая распространенность нефропатии наблюдается при стаже СД 2 типа свыше 15 лет, преимущественно у женщин — 9 (33,3 %).

Также была проанализирована распространенность стадий ХБП у пациентов с нефропатией.

Таблица 4 — Распространенность стадий ХБП при СД 2 типа

Степень ХБП	СД 2 типа
C1 (СКФ > 90)	1 (4,2 %)
C2 (СКФ 89–60)	11 (45,8 %)
C3 А (СКФ 59–45)	5 (20,8 %)
C3 Б (СКФ 44–30)	6 (25 %)
C4 (СКФ 29–15)	1 (4,2 %)
C5	—

Анализ данных показал: При СД 2 типа чаще встречается ХБП степени С2 (СКФ 89–60) — 45,8 %, реже С3 Б — 25 %, С3 А — 20,8 %, С4 — 4,2 %.

#### **Выводы**

1. Частота микроангиопатии у пациентов с СД 2 типа составила 43,3 %, из которых на ретинопатии приходится — 63 %, на нефропатии — 37 %.

2. У всех пациентов с СД 2 типа и микроангиопатией выявлена АГ, что способствовало прогрессированию сосудистых осложнений.

3. Ретинопатия чаще встречается у лиц мужского пола, нефропатия — у лиц женского пола.

4. Наибольшая распространенность нефропатии наблюдается у пациентов при стаже СД 2 типа свыше 15 лет (62,5 %), ретинопатии — при стаже СД 2 типа от 5 до 15 лет (60 %).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аметов, А. С. Эффективное и безопасное управление сахарным диабетом 2 типа на современном уровне / А. С. Аметов, Е. В. Карпова, Е. В. Иванова // Доказательная диabetология. — 2009. — № 2. — С. 18–24.
2. Факторы, влияющие на прогрессирование диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом типа 2 после перевода на инсулинотерапию / Ю. С. Астахов [и др.] // Клини. офтальмол. — 2005. — № 3. — С. 110–115.

УДК 616.12-073.7-053.9

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Гнедько К. А., Змушко В. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель Т. В. Алейникова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы, сами по себе не являясь первичным механизмом старения, во многом определяют интенсивность его развития. Они значительно ограничивают адаптационные возможности стареющего организма и создают предпосылки для развития патологии, являющейся основной причиной смерти человека — атеросклероза, артериальной гипертензии, инфарктов миокарда, мозговых инсультов, хронической сердечной недостаточности [1, 2].

Холтеровское мониторирование (ХМ) позволяет выявить и провести анализ всех видов аритмий, диагностировать ишемию путем анализа изменений сегмента ST, оценить циркадный профиль сердечного ритма на основании расчета циркадного индекса (ЦИ), проанализировать показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) и турбулентности сердечного ритма (ТСР) [3, 4].

#### **Цель**

Проанализировать результаты холтеровского мониторирования у пациентов пожилого и старческого возраста.

### **Материал и методы исследования**

На базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» проведен анализ результатов холтеровского мониторирования 83 пациентов в возрасте 70–88 ( $77,87 \pm 4,87$ ) лет. Из них 57 (68,67 %) пациентов женского пола и 26 (31,33 %) пациентов мужского пола. В программе ХМ анализировались аритмические события, эпизоды смещения сегмента ST, временные («time domain») показатели variability: SDNN (мс), SDNNi (мс), SDANNi (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%) и параметры TCP (TO — «onset» — «начало» турбулентности, отражающий период тахикардии и TS — «slope» — «наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии.). Значения  $TO < 0 \%$  и  $TS > 2,5 \text{ мс/RR}$  считаются нормальными, а  $TO > 0 \%$  и  $TS < 2,5 \text{ мс/RR}$  — патологическими.

Статистическая обработка результатов выполнялась с помощью программного обеспечения «Statistica», 13.3. Данные представлены в виде средних арифметических значений и стандартных отклонений ( $M \pm \sigma$ ). Достоверным считался уровень значимости  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В 90,36 % случаев зарегистрирован синусовый ритм (75 пациентов), в 9,64 % — фибрилляция предсердий (8 пациентов). Имеет место ассоциированность между фактом возникновения у пациентов фибрилляции предсердий (ФП) и значениями турбулентности сердечного ритма: TO ( $\gamma = 0,9231$ ;  $p = 0,0002$ ); TS ( $\gamma = 0,6471$ ;  $p = 0,01$ ). Выявлена значимая корреляция между BCP и ФП: SDNN ( $\gamma = 0,8387$ ;  $p = 0,00001$ ); SDNNi ( $\gamma = 0,8593$ ;  $p = 0,000006$ ); RMSSD ( $\gamma = 0,8350$ ;  $p = 0,00001$ ); pNN50 ( $\gamma = 0,8979$ ;  $p = 0,000001$ ).

Среднее значение максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) составило  $104,64 \pm 22,45$  уд/мин, минимальной —  $46,82 \pm 11,13$  уд/мин. Среднесуточная ЧСС =  $64,87 \pm 12,3$  уд/мин. С учетом нормативных среднесуточных значений, нижних и верхних лимитов распределения ЧСС [3], значительное снижение минимальной ЧСС зарегистрировано у 54 (65,1 %) пациентов, повышение максимальной ЧСС — у 53 (63,85 %) пациентов. Среднесуточная ЧСС, характеризующая основной уровень функционирования синусового узла, снижена у 65 (78,3 %) пациентов.

Смещение сегмента ST было зарегистрировано в 34,94 % случаев (29 пациентов). Максимальная пауза — в 44,58 % (37 пациентов), медиана ее составила 2130 (1804; 2836) мс.

Среднее значение циркадного индекса (ЦИ) в исследуемой группе составило  $1,15 \pm 0,17$ . Ригидный циркадный профиль ЧСС (снижение ЦИ) зарегистрирован у 71 (85,5 %) пациента. В 83 % случаев (69 пациентов) зарегистрированы желудочковые аритмии, позволяющие проанализировать параметры TCP. Значение параметра  $TO > 0 \%$  (редукция) зарегистрировано в 39,1 % (27 из 69 пациентов), значение  $TS < 2,5 \text{ мс/RR}$  (редукция TS) — в 24,6 % случаев (17 пациентов). Тотальная редукция параметров TCP имеет место в 11,6 % случаев (8 пациентов).

Результаты анализа time domain показателей BCP следующие: SDNN снижен в 34,9 % случаев (27 пациентов), SDANNi — в 39,8 % (33 пациента), SDNNi — 31,3 % (26 пациентов), RMSSD — в 15,7 % (13 пациентов), pNN50 — 21,7 % (18 пациентов).

Повышение SDNN зарегистрировано в 37,3 % (31 пациент), SDANNi — 25,3% (21 пациент), SDNNi — 36,1 % (30 пациентов), RMSSD — 54,2 % (45 пациентов), pNN50 — 37,3 % (31 пациент). У остальных пациентов в исследуемой группе значения показателей BCP находятся в пределах нормальных значений. Выявлены значимые корреляции между ЦИ и показателями BCP: SDNN ( $p = 0,00022$ ); SDANNi ( $p = 0,000001$ ).

### **Выводы**

1. Развитие фибрилляции предсердий у лиц пожилого и старческого возраста (9,64 % пациентов) ассоциировано с механизмом, влияющим на увеличение частоты сердечных сокращений после желудочковых экстрасистол (для TO  $\gamma = 0,9231$ ;  $p = 0,0002$ ).

2. С увеличением возраста отмечается снижение частоты сердечных сокращений (среднесуточная ЧСС, характеризующая основной уровень функционирования синусового узла, снижена у 65 пациентов, что составляет 78,3 %).

3. Имеет место прогрессирующее снижение ЦИ (71 пациент, что составляет 85,5 %), что может свидетельствовать о снижении среднего уровня функционирования системы кровообращения и вегетативной нервной системы с развитием вегетативной денервации сердца [5].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Галин, П. Ю. Особенности диагностики и лечения основных хронических сердечно-сосудистых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста / П. Ю. Галин // Оренбургский медицинский вестник. — 2015. — № 3. — С. 27–32.
2. Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death / S. G. Priori [et al.] // European Heart Journal. — 2015. — Vol. 36, Is. 41. — P. 2793–2867.
3. Национальные российские рекомендации по применению методики Холтеровского мониторирования в клинической практике / Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций: В. Н. Комолятова [и др.]; председатель: проф. Л. М. Макаров (Москва) // Российский кардиологический журнал. — 2014. — № 2. — С. 6–71.
4. Алейникова, Т. В. Возможности Холтеровского мониторирования в диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) / Т. В. Алейникова, И.И. Мистюкевич // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — № 1 (39). — С. 14–20.
5. Алейникова, Т. В. Анализ корреляций параметров вариабельности и турбулентности сердечного ритма у пациентов с артериальной гипертензией II степени / Т. В. Алейникова // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — № 2(48). — С. 58–65.

УДК 616.379-008.64:617.586]-055

## ЗАВИСИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОТ ФОРМЫ И ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

*Губко А. Ю., Харкевич С. М., Кожемякина О. С.*

Научные руководители: ассистент *Т. А. Курман*; к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Многие пациенты, страдающие сахарным диабетом (СД), живут полноценной жизнью, однако проблема инвалидизации больных приобретает все более возрастающее значение [1]. Одной из наиболее частых причин снижения качества жизни пациентов, страдающих сахарным диабетом, является синдром диабетической стопы (СДС). СДС представляет собой патологическое состояние стоп при сахарном диабете, связанное с поражением периферических нервов, сосудов, костей, кожи и мягких тканей стопы, приводящее к развитию острых и хронических язв и инфекционно-некротических процессов.

### **Цель**

Проанализировать структуру синдрома диабетической стопы в зависимости от формы и гендерных различий.

### **Материал и методы исследования**

Исследование выполнялось на базе учреждения «Гомельская городская клиническая больница № 3». Были изучено 129 стационарных карт пациентов с диагнозом СДС за 2019 г.

### **Результаты исследования и их обоснование**

Проанализированы стационарные карты 129 пациентов в возрастном диапазоне от 45 до 77 лет с диагнозом СДС. Количественная и качественная структура пациентов с СДС в зависимости от половой принадлежности представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика пациентов с СДС

Пол пациентов	Количество пациентов	Средний возраст, лет	Количество пациентов с СД1	Количество пациентов с СД2
Мужчины	88 (68,22 %)	55,1 (47; 72)	15 (17,04 %)	73 (82,96 %)
Женщины	41 (31,78 %)	60,56 (45; 77)	10 (24,39 %)	31 (75,61 %)

Из таблицы 1 видно, что частота встречаемости СДС среди мужчин (68,22 %) выше, чем у женщин (31,78 %). Средний возраст у мужчин и женщин с СДС значительно не отличается 55,1 лет и 60,56 лет соответственно.

Также, помимо показанных в таблице показателей, была проанализирована частота встречаемости различных видов СДС таких как: нейроишемическая (НИФ) и нейропатическая (НПФ) в зависимости от пола, возраста и типа СД. Структура видов СДС представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Структура СДС

Вид СДС	Количество пациентов	Мужской пол	Женский пол	Возраст, лет	СД1	СД2
НИФ	104 (82,62 %)	72 (69,24 %)	32 (30,76 %)	60,25 (47; 77)	10 (9,62 %)	94 (90,38 %)
НПФ	25 (19,38 %)	15 (60 %)	10 (40 %)	58,76 (49; 72)	15 (60 %)	10 (40 %)

### Выводы

По данным исследования СДС чаще встречается у мужчин, чем у женщин (68,22 и 31,78 % соответственно) и у пациентов с СД 2 типа (90,38 %) за исключением НПФ, которая в 60 % случаев встречается у пациентов с СД 1 типа. НИФ СДС встречается чаще, чем НПФ (82,62 и 19,38 % соответственно).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Диабетическая нейропатия: Патогенез, диагностика, Классификация, прогностическое значение, лечение / М. И. Балаболкин [и др.]. — М.: Экспертиза, 2015. — С. 110.

УДК 616.33-002.44-08:615.214.21

## ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

*Дегелевич Н. А., Пырков М. С.*

**Научный руководитель: ассистент Н. Н. Смагина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### Введение

Язвенная болезнь (по определению ВОЗ) — общее хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с полициклическим течением, характерными особенностями которого являются сезонные обострения, сопровождающиеся возникновением язвенного дефекта в слизистой оболочке, и развитие осложнений, угрожающих жизни больного. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка является одной из самых распространенных заболеваний внутренних органов. По данным мировой статистики, это заболевание встречается у 10–15 % населения земного шара и занимает второе место после ишемической болезни сердца (ИБС). Высокая заболеваемость, частые рецидивы, длительная нетрудоспособность больных — все это указывает на то, что ЯБ относится к числу наиболее актуальных патологий в современной медицине.



Патогенез язвообразования рассматривается с позиций нарушенного равновесия между «агрессивными» и «защитными» факторами желудка. Одним из значимых факторов риска на сегодняшний день можно считать нервно-психический (стрессовый) фактор.

**Цель**

Оценить эффективность дополнительного медикаментозного лечения при ЯБ желудка с применением нейролептика — сульпирида.

**Материал и методы исследования**

Нами был проведен анализ «Медицинских карт амбулаторного больного» (форма № 025/у-07) 40 пациентов ГУЗ «Гомельской центральной городской поликлиники» филиала № 6, которые были разделены на 2 группы по 20 человек, состоявшие из 10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 25 до 45 лет. Проводилось изучение литературных источников по проблеме исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение**

При проведении исследования, пациенты были разделены на 2 группы.

Пациенты из первой группы (контрольная группа) получали базисную терапию (омепразол — 20 мг 2 раза в день в комбинации с кларитромицином 500 мг 2 раза в день, амоксициллином 1000 мг 2 раза в день).

Пациенты из второй группы дополнительно к базисной терапии получали сульпирид (капсулы 50 мг 2 раза в сутки).

По данным нашего исследования было установлено, что у пациентов первой группы не наблюдалось укорочения срока временной нетрудоспособности и к первому контрольному ФГДС рубцевание язвенного дефекта отмечалось у 7 (35 %) пациентов. Кроме того, уменьшилось количество повторных обращений и рецидивов у 3 (15 %) пациентов.

У пациентов второй группы в период обострения наблюдалось укорочение срока временной нетрудоспособности до 16 дней (вместо 21 дня) у 3 (15 %) пациентов, а к первому контрольному ФГДС рубцевание язвенного дефекта отмечалось у 12 (60 %) пациентов, уменьшение количества повторных обращений и рецидивов — у 11 (55 %) пациентов.

По результатам изучения литературных источников было установлено, что в настоящее время в качестве дополнительного метода лечения применяются нейролептики (например, сульпирид), так как выявлено их положительное влияние на течение язвы желудка. Наряду с центральным дофаминергическим действием большое значение имеет способность сульпирида блокировать дофаминовые  $D_2$  — рецепторы вегетативной нервной системы (преимущественно в ЖКТ). Прокинетический эффект сульпирида эффективно дополняется его центральным противорвотным действием, (блокада  $D_2$  — рецепторов триггерной зоны рвотного центра головного мозга) и протективным влиянием на слизистую оболочку желудка. Сульпирид не взаимодействует с центральными и периферическими серотониновыми, гистаминовыми, мускариновыми и адренергическими рецепторами. Такая особенность объясняет отсутствие некоторых побочных эффектов, характерных для других нейролептиков: седативного и снотворного действия, ортостатической гипотензии, сухости слизистых оболочек, аритмии, запоров, задержки мочеиспускания, нарушение аккомодации и других. Одновременно он способствует усилению выработки слизи в желудке, улучшает кровоснабжение слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Высказано предположение, что эффективность сульпирида при ЯБ желудка связана с усилением выработки соматотропного гормона в гипофизе, который усиливает репарацию слизистой ЖКТ вследствие анаболических свойств. Эффективность сульпирида при ЯБ подтверждена при исследованиях в комплексной терапии с антацидами и другими средствами.

**Выводы**

Учитывая укорочение срока временной нетрудоспособности, ускорение заживления язвенного дефекта, уменьшение количества повторных обращений и рецидивов, можно рекомендовать применение сульпирида в комплексной терапии ЯБ желудка на амбулаторном этапе лечения.

УДК 616.12-089-052:616.891

**СРАВНЕНИЕ И ОЦЕНКА  
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ**

*Дей В. А., Иванова А. Н.*

**Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

***Введение***

Заболевания сердечно-сосудистой системы относятся к числу психосоматических, в развитии которых существенная роль отводится психотравмирующим факторам [1]. Личностные особенности, устойчивость к стрессу, адаптационный личностный потенциал, психоэмоциональные нарушения у пациентов, играют важную роль в возникновении и течении заболеваний, а также при оказании медицинской помощи [2]. Тревожно-депрессивные нарушения у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы широко распространены в клинике внутренних болезней. При этом наибольшую актуальность в клинической практике приобрело наличие тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца. У таких пациентов расстройства аффективного спектра значительно утяжеляют течение кардиологической патологии [3].

***Цель***

Определить и сравнить тревожно-депрессивный статус пациентов с хронической кардиологической патологией, не имеющих в анамнезе оперативных вмешательств на органах сердечно-сосудистой системы и пациентов после кардиохирургического лечения.

***Материал и методы исследования***

Обследовано 30 пациентов кардиологического (с диагнозом ишемическая болезнь сердца) и кардиохирургического отделений (пациенты, перенесшие операцию по замене клапанов сердца), находившихся на лечении в Гомельском областном клиническом кардиологическом центре. Оценка тревожно-депрессивного статуса проводилась с помощью шкалы тревоги Спилберга-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) и шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Результаты ситуативной и личностной тревожности оценивались, как общий суммарный показатель для каждой из подшкал по соответствующим номерам вопросов. Чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуационной или личностной). При интерпретации показателей использовались следующие критерии оценки тревожности: до 30 баллов — низкий, 31–44 балла — средний; 45 и более — высокий. Оценка депрессивных расстройств проводилась по следующим показателям: < 9 баллов — отсутствие депрессивных признаков, 10–15 — субдепрессия, 16–19 — умеренная депрессия, 20–29 — депрессия средней степени тяжести, > 30 большое депрессивное расстройство.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Средний возраст пациентов составил —  $56,4 \pm 13,7$  лет, пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — пациенты кардиохирургического отделения после хирургического вмешательства (преимущественно пациенты прооперированные по поводу замены клапанов сердца), 2-я группа — пациенты кардиологического отделения с хронической кардиологической патологией (ИБС). По результатам исследования средний балл по шкале Бека в 1-й группе составил  $4,92 \pm 2,86$ , во 2-й группе —  $5,8 \pm 2,83$ , что

свидетельствует об отсутствии депрессивных признаков в обеих группах. По шкале тревоги Спилберга-Ханина оценивались реактивная и личностная тревожность пациентов, результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели реактивной и личностной тревожности

Группа	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
1-я	44,35 ± 8,08	49,7 ± 9,37
2-я	36,87 ± 8,43	38,47 ± 11,63

У пациентов первой и второй групп выявлена умеренная степень реактивной тревожности. Пациенты 1 группы имели высокий показатель личностной тревожности, у пациентов 2 группы выявлена умеренная личностная тревожность.

#### **Выводы**

У пациентов с ишемической болезнью сердца и у пациентов, после хирургической коррекции пороков сердца депрессия отсутствовала. Однако пациенты кардиохирургического отделения имели высокий показатель реактивной тревожности (44,35 ± 8,08) и личностной тревожности (49,7 ± 9,73) по сравнению с пациентами кардиологического отделения (реактивная тревожность (36,87 ± 8,43) и личностная тревожность (38,47 ± 11,63) соответствовала умеренной степени), что требует учитывать в комплексном лечении данных групп пациентов врачам кардиологам, кардиохирургам с целью своевременной коррекции тревожных расстройств, что может повлиять на течение заболевания.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Первые результаты внедрения обучающей программы для пациентов с протезированными клапанами сердца / Е. В. Горбунова [и др.] // Медицина в Кузбассе. — 2011. — Т. 10, № 3. — С. 35–39.
2. Организация специализированной реабилитационной помощи на госпитальном и амбулаторном уровнях пациентам после кардиохирургических вмешательств / И. П. Круглякова [и др.] // Кардиосоматика. — 2013. — С. 54.
3. Оценка риска и пользы вмешательства на клапанах сердца у пациентов старшего возраста / Ю. В. Котовская [и др.] // Клиническая геронтология. — 2018. — № 3–4. — С. 24–26.

УДК 616.379-008.64-071

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Дорощенко А. А.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г Малаева**

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

#### **Введение**

Сахарный диабет (СД) — хроническое неинфекционное заболевание, которое в последние десятилетия приобрело масштаб мировой эпидемии. Своевременно не выявленный СД, неадекватное лечение или недостаточный гликемический контроль являются причинами развития у пациентов различных осложнений, таких как нарушение слуха, зрения, почечная недостаточность, ожирение и другие [1].

#### **Цель**

Оценить клиничко-лабораторные проявления у пациентов с СД второго типа.

#### **Материал и методы исследования**

Обследованы 25 пациентов с СД 2 типа, находившиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3»

(ГГКБ № 3). Проанализированы истории болезней исследуемых пациентов, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), проводилось измерение окружностей талии (ОТ) и бедер (ОБ) для определения типа ожирения. Отношение ОТ к ОБ менее 0,85 рассматривается как гиноидный, а более 1,0 как андройдный тип распределения жировой ткани. Согласно критериям ВОЗ анемия у мужчин считается при значении гемоглобина ниже 130 г/л, у женщин — ниже 120 г/л. Стадии ХБП оценивались по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКД-ЕРІ. Статистическая обработка производилась с помощью компьютерной программ «Microsoft Office Excel 2010».

**Результаты исследования и их обсуждения**

В анкетировании приняли участие 14 (56,7 %) женщин и 11 (43,3 %) мужчин. Средний возраст женщин составил  $59,4 \pm 10,97$  лет; мужчин —  $64,5 \pm 6,3$  лет.

ИМТ и типы распределения жировой ткани представлены в таблице 1.

Таблица 1 — ИМТ и типы распределения жировой ткани

Показатели	Мужчины	Женщины
ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м <sup>2</sup>	2 (18,2 %)	1 (7,1 %)
ИМТ от 25 до 29,9 кг/м <sup>2</sup>	4 (36,4 %)	6 (42,9 %)
ИМТ от 30 до 34,9 кг/м <sup>2</sup>	4 (36,4 %)	3 (21,4 %)
ИМТ от 35 до 39,9 кг/м <sup>2</sup>	1 (9,1 %)	2 (14,3 %)
ИМТ от 40 и более кг/м <sup>2</sup>	—	2 (14,3 %)
ОТ/ОБ <0,85	—	5 (35,7 %)
ОТ/ОБ 0,85–1,0	3 (27,3 %)	5 (35,7 %)
ОТ/ОБ >1,0	8 (72,7 %)	4 (28,6 %)

Как видно из таблицы 1 у мужчин с СД 2 типа имеющих избыточную массу тела и ожирение наблюдается андройдный тип распределения жировой ткани (72,7 %), у женщин — гиноидный тип (35,7%) незначительно превышает андройдный (28,6 %). У мужчин преобладают избыточная масса тела (36,4 %) и ожирение 1 степени (36,4 %), у женщин избыточная масса тела (42,9 %).

Жалобы, которые предъявляли пациенты с СД 2 типа представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Жалобы пациентов с СД 2 типа

Клинические проявления	Мужчины	Женщины
Сердечно-сосудистая система (ССС):		
• тахикардия	8 (72,3 %)	11 (78,6 %)
• кардиалгия	9 (81,8 %)	10 (71,4 %)
• одышка при физической нагрузке	8 (72,3 %)	8 (57,7 %)
Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ):		
• нарушение стула (запоры)	6 (54,5 %)	8 (57,1 %)
• боли в эпигастрии	5 (45,5 %)	—
Нервная система и органы чувств:		
• головная боль	7 (63,6 %)	13 (92,9 %)
• головокружение	7 (63,6 %)	13 (92,9 %)
• обморочные состояния	3 (27,3 %)	4 (28,6 %)
• нарушения памяти	6 (54,5 %)	7 (50 %)
• нарушение зрения	10 (90,9 %)	14 (100 %)
• нарушение слуха	9 (81,8 %)	6 (42,9 %)
• нарушение сна из-за:		
✓ болевых ощущений	6 (54,5 %)	4 (28,6 %)
✓ позывов на мочеиспускание	11 (100 %)	14 (100 %)
✓ чувства жажды	8 (72,3 %)	10 (71,4 %)
Язвы нижней трети голени	3 (27,3 %)	2 (14,3 %)
Боли в мышцах голени	4 (36,4 %)	5 (35,7 %)
Судороги в нижних конечностях	5 (45,5 %)	7 (50 %)

Как мужчины, так и женщины с СД 2 типа предъявляли жалобы со стороны ССС: тахикардия (72,3 % мужчин, 78,6 % женщин), кардиалгия (81,8 % мужчин, 71,4 % женщин), со стороны нервной системы: головную боль и головокружение отмечали 92,9 % женщин и 63,6 % мужчин; нарушение зрения имели все женщины и 90,9 % мужчин, нарушение сна, связанное с позывами на мочеиспускание наблюдалось у всех обследованных пациентов, нарушение стула в виде запоров имели 54,5 % мужчин и 57,1 % женщин.

Анемия легкой степени тяжести: нормоцитарная нормохромная наблюдалась у 6 (54,5 %) мужчин и 5 (35,7 %) женщин; микроцитарная нормохромная — у 2 (18,2 %) мужчин и 3 (21,4 %) женщин; микроцитарная гипохромная — у 2 (18,2 %) мужчин и 5 (35,7 %) женщин. У 1 (9,1 %) мужчины и 1 (7,1 %) женщины имелась нормохромная нормоцитарная анемия средней степени тяжести.

У 27,3 % мужчин и 28,6 % женщин выявлена ХБП С3а, у 21,4 % женщин — С3б.

#### **Выводы**

У мужчин с сахарным диабетом 2-го типа выявлен андронидный тип распределения жировой ткани, у женщин — геноидный, незначительно превышает андронидный. ИМТ выше нормальных показателей имели 81,8 % мужчин и 92,9 % женщин. Как мужчины, так и женщины с сахарным диабетом 2 типа преимущественно предъявляли жалобы на кардиалгию (81,8 % мужчин и 71,4 % женщин), тахикардию (головную боль и головокружение (92,9 % женщин и 63,6 % мужчин); нарушение зрения (у 100 % женщин и 90,9 % мужчин), нарушение сна, связанное с позывами на мочеиспускание (54,5 % мужчин и 57,1 % женщин). У 90,9 % мужчин и 85,4 % женщин выявлена анемия легкой степени (преимущественно нормохромная нормоцитарная), 9,1 % мужчин и 7,1 % имели анемию средней степени тяжести. ХБП С3а выявлена у 27,3 % мужчин и 28,6 % женщин, С3б — у 21,4 % женщин.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дедов, И. И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клиникостатистический анализ по данным федерального регистра сахарного диабета / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, О. К. Видулова // Сахарный диабет. — 2017. — № 1. — С. 7–10.

УДК 616.155.294-053.2-076

### **ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У ДЕТЕЙ**

*Дьяков И. В., Каныго О. Н.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Иммунная тромбоцитопения (ИТП) — аутоиммунное заболевание, характеризующееся изолированной тромбоцитопенией при нормальном или повышенном содержании мегакариоцитов в костном мозге. ИТП наиболее часто является причиной кровоточивости в педиатрической практике. Уровень заболеваемости у детей Гомельской области, согласно проведенным ранее эпидемиологическим исследованиям, составил 5,3 на 100 тыс. детей в возрасте до 15 лет. Патогенез ИТП обусловлен несколькими механизмами: иммунная дисрегуляция; синтез антител, направленных к гликопротеинам мембраны тромбоцитов; дефекты клеточного иммунитета и изменение продукции тромбоцитов мегакариоцитами костного мозга. Клинические проявления ИТП характеризуются синдромом повышенной кровоточивости по микроциркуляторному типу. Выраженность геморрагического синдрома разнообразна, но чаще всего без тяжелых осложнений. Про-

гноз и исход болезни зависят от варианта течения ИТП. Так, у 20–40 % больных заболевание принимает хроническое течение, что требует постоянного лечения и динамического наблюдения за пациентами и значительно ухудшает качество жизни больных.

#### **Цель**

Изучить этиологию, клинические и лабораторные проявления при различных вариантах течения иммунной тромбоцитопении у детей.

#### **Материал и методы исследования**

На базе гематологического отделения для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» проведен ретро- и проспективный анализ амбулаторных карт и историй заболевания 169 детей с впервые выявленной ИТП в возрасте от 0 до 15 лет. Диагноз ИТП основывался на: данных анамнеза, характерной клинической картине, показателях периферической крови и костного мозга. Тщательный анализ данных клинико-гематологических исследований позволил полностью исключить симптоматическую (вторичную) ИТП. Проведена многофакторная оценка инициальных клинических проявлений ИТП с учетом возраста, пола, наличия этиологических факторов и сопутствующей патологии. Согласно существующей классификации ИТП, все больные в зависимости от варианта течения заболевания были разделены на две группы: 1-я — дети с острым течением ( $n = 125$ ) и 2-я — дети с хроническим течением ( $n = 43$ ). Статистическая обработка данных выполнена в виде описательной статистики в программе «Excel».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст обследованных детей с впервые выявленной ИТП составил  $7,33 \pm 4,72$  года. Мальчики и девочки болели практически с одинаковой частотой: 54,4 % ( $n = 92$ ) и 45,6 % ( $n = 77$ ) соответственно. У большинства пациентов наблюдалось острое течение заболевания — 74,4 %. Длительность ИТП более 6 месяцев (хроническое течение) отмечено у 25,6%, что соответствует литературным данным. Однако следует отметить снижение частоты хронизации патологического процесса при ИТП у детей Гомельской области, так как по результатам проведенных ранее клинических исследований в 1998–2001 гг. хроническое течение было продемонстрировано в 35 % случаев. Это связано, прежде всего, с расширением возможности введения внутривенного иммуноглобулина и проведением пульс-терапии метилпреднизолоном. Данный факт может свидетельствовать также об улучшении прогнозирования варианта течения ИТП с подбором индивидуализированной терапии, позволяющей в более короткие сроки купировать иммунологическую агрессию.

При анализе сезонности возникновения ИТП отмечались некоторые сезонные различия. Максимальный уровень заболеваемости отмечался в весенний период и составил 57 (33,9 %) случаев, минимальный уровень наблюдался в зимнем периоде — 26 (15,5 %). По характеру геморрагического синдрома ИТП подразделяют на сухую и влажную формы. Влажная форма проявляется кровотечениями различной локализации (чаще всего — носовые кровотечения) и ассоциируется с тяжелым течением заболевания. Частота встречаемости данной формы в исследуемой группе составила 26,2 % ( $n = 44$ ). Сухая форма ИТП (характеризуется геморрагическими высыпаниями пятнисто-петехиального характера на коже туловища, конечностей) диагностировалась у 124 (73,8 %) пациентов.

Для выявления прогностических факторов хронизации патологического процесса, проанализированы клинико-лабораторные данные в группе пациентов с острым (1-я группа) и хроническим (2-я группа) течением ИТП. Средний возраст пациентов 1-й группы составил  $9,66 \pm 4,29$ , в свою очередь, 2-й группы —  $7,23 \pm 4,64$ . Существенной разницы по полу не было выявлено: 45,6 % мальчиков и 54,4 % девочек имели острое течение заболевания; 46,5 и 53,4 % соответственно — хроническое. Анализ сезонности выявления первичных случаев ИТП показал, что у детей 1-й группы дебют болезни ча-

ще наблюдался весной — 32 % (зимой — 18,4 %, летом — 24,8 %, осенью — 24,8 %), а у детей 2-й группы чаще летом — 34,2 % (весной — 32,6 %, зимой — 13,9 %, осенью — 18,6 %).

Возможными этиологическими факторами возникновения ИТП являются: острая вирусная инфекция, недавняя вакцинация, патология щитовидной железы (ЩЖ), наличие аллергии в анамнезе. Среди пациентов с хроническим течением ИТП у 19 (44,2 %) был диагностирован острый инфекционный процесс, у 12 (27,9 %) — отягощенный аллергический анамнез, 20,9 % детей имели патологию ЩЖ. Предшествовавшей заболеванию вакцинации не было ни у одного ребенка в исследуемой группе. Для детей с острым течением заболевания также наиболее частым триггером являлось острое инфекционное заболевание, которое встречалось в 33,6 % случаев ( $n = 42$ ). У 19 (15,2 %) детей было указание на наличие аллергии в анамнезе, 20 (16 %) пациентов имели патологию ЩЖ, также 1 (0,8 %) пациент был вакцинирован за 1 месяц до появления первых симптомов ИТП.

Влажная форма заболевания была диагностирована значительно чаще у детей 2-й группы (с хроническим течением), чем у детей 1-й группы (с острым течением): 37,2 и 22,4 % соответственно. Сухая форма, соответственно, преобладала при остром течении — 77,6 % случаев, при хроническом — 62,8 %. Среднее содержание тромбоцитов в периферической крови у детей с острым и хроническим течением составило соответственно  $19,7 \times 10^9/\text{л}$  и  $26,7 \times 10^9/\text{л}$ . При сопоставлении числа тромбоцитов ПК и длительностью заболевания более 6 месяцев получена непрямая корреляционная связь ( $r = -0,08585$ ,  $p < 0,001$ ).

#### **Выводы**

Острое течение ИТП у детей наблюдалось в 74,4 % случаев. Характерна сезонность заболевания (чаще весной — 32 % случаев), наличие предшествующей острой инфекционной патологии (44,2 %), сухая форма (77,6 %) при среднем количестве тромбоцитов —  $19,7 \times 10^9/\text{л}$ . Хроническое течение ИТП у детей развивалось в 25,6 % случаев. Диагностировалось чаще летом — 34,2 %. У 33,6 % пациентов триггером заболевания являлся инфекционный процесс. Влажная форма встречалась чаще, чем у детей с острым течением ИТП (37,2 % случаев). Уровень тромбоцитов был незначительно выше, чем при остром течении и составил  $26,7 \times 10^9/\text{л}$ . Знание инициальных характеристик различных вариантов течения ИТП позволит улучшить прогнозирование заболевания и поможет внести коррективы при назначении стартовой терапии.

**УДК 616.12-009.72:159.923**

### **ТИП ЛИЧНОСТИ D КАК МАРКЕР РИСКА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ**

*Железнякова Д. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова;**

**к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Одним из главных факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы является психосоциальный стресс. Хронически воздействующие неблагоприятные психологические факторы могут способствовать возникновению и прогрессированию патологии сердца, в том числе и нестабильной стенокардии. Ишемическая болезнь сердца является основной причиной не только смерти, но и инвалидизации населения, из этого следует, что оценка психического статуса и факторов риска на прогноз и эффективность лечебных мероприятий продолжают оставаться актуальными задачами

медицины. Нестабильная стенокардия может предшествовать инфаркту миокарда и внезапной смерти, поэтому важна ее своевременная диагностика, которая основывается прежде на анамнезе и субъективных ощущениях пациента.

Тип личности D (дистрессорный) включает в себя комплекс следующих черт личности: «негативная возбудимость» (NA) и «социальная подавленность» (SI). Негативную возбудимость следует рассматривать как повышенную восприимчивость к переживанию отрицательных эмоций, таких как тревога, тоска, безосновательное беспокойство и др. Под социальной подавленностью понимают ассоциацию с низкой самооценкой, склонностью к сдерживанию выражения эмоций и скрытностью. Сочетание этих двух характеристик и приводит к повышению числа сердечно-сосудистых осложнений у кардиологических пациентов. Зная эти особенности психологического статуса кардиологических пациентов, до настоящего времени остается неясным патогенез возможного отрицательного влияния дистрессорного типа личности на состояние здоровья пациентов. Одним из патофизиологических механизмов развития данного неблагоприятного влияния может быть повышенная стресс-реактивность, приводящая к активации симпатической нервной системы, эндотелиальной дисфункции и воспалительным реакциям. Данная теория не получила большого распространения, так как не всегда удается выявить компоненты данных реакций у лиц с типом личности D, в том числе, повышения уровня маркеров субклинического воспаления и стресс-реактивности. Другой механизм берет за основу поведенческие факторы, которые могут способствовать реализации воздействия других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, гиподинамия, ожирение), одновременно проявляясь и низкой комплаентностью таких пациентов к выполнению врачебных рекомендаций в целом. Необходимо учитывать, что распространенность типа личности D у здоровых лиц в популяции представлена следующими значениями: от 13 до 24 % [1], что меньше, чем у пациентов с сердечно-сосудистой патологией — 27–31 % [2].

#### **Цель**

Изучить особенности психологического статуса у пациентов с нестабильной стенокардией путем анализа распространенности типа личности D и роли стрессовых воздействий как фактора риска среди пациентов данной патологии.

#### **Материал и методы исследования**

Обследование проводилось на базе кардиологического отделения ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3», где было проведено анкетирование 37 пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия. В исследование включены 21 женщина и 16 мужчин, средний возраст которых составила  $70,5 \pm 6,97$  (от 61 до 89 лет).

В данной работе для выявления типа личности D использовался опросник DS-14. Структура данного опросника представлена 14 вопросами, включающие две подшкалы: негативную возбудимость и социальную подавленность. Тип личности D был диагностирован при условии наличия 10 баллов и более по каждой из подшкал. В соответствии с полученными результатами теста все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — пациенты с типом личности D ( $n = 24$ ) и 2-я группа — без типа D ( $n = 13$ ). В выделенных группах оценивали распространенность такого фактора риска как стресс. Кроме того, учитывали время возникновения приступов ИС. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы «Statistica» 10.0. Нормальность распределения оценивалась с помощью критерия Шапиро — Уилка. Проверка межгрупповых различий проводилась с помощью критерия Манна — Уитни. Уровень  $p$  (критической значимости)  $\leq 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

По данным опросника DS-14, наличие типа личности D было выявлено у 24 обследованных, что составило 64,9 % от общего числа включенных в исследование (таблица 1).



Таблица 1 — Результаты психологического анкетирования пациентов с НС

Показатели	1-я группа «тип D» (n = 24)	2-я группа «не тип D» (n = 13)	p
NA, Me[25 %; 75 %]	2,0 [1,0; 3,0]	1,0 [0; 1,5]	0,225
SI, Me[25 %; 75 %]	2,0 [1,0; 3,0]	1,0 [0; 3,0]	0,044

Среди пациентов первой группы отмечены несколько большие значения по шкале негативной возбудимости ( $Me = 2,0$ ), чем у пациентов второй группы ( $Me = 1,0$ ), но эти различия не достигали статистической достоверности ( $p = 0,225$ ). Медиана значений группы пациентов с типом D по шкале социальной подавленности в два раза больше в сравнении с такими же значениями второй группы ( $Me = 2,0$  и  $Me = 1,0$  соответственно), при чем эти значения статистически значимы ( $p = 0,044$ ). Психо-эмоциональную напряженность перед возникновением приступа стенокардии испытывали 63,9 % всех опрошенных пациентов. Можно выделить следующие категории психосоциальных факторов у данных пациентов: семейное положение (вдовство, развод) и стресс дома (заболевание родственников, неудовлетворение семейной жизнью) — 40,5 %, низкая социальная поддержка (эмоциональная, материальная поддержка) — 18,9 %. Следует отметить, что статистически достоверно чаще описанные факторы встречались у первой группы пациентов с типом личности D ( $p < 0,05$ ). Жалобы на неудовлетворенность сном предъявляли 70,3 % пациентов двух групп. Время возникновения нестабильной стенокардии в более трети случаев (34,22 %) не носила какой-либо закономерности, почти у еще одной трети опрошенных приступы возникали ночью (28,96 % случаев), в другое время суток (утро, день и ночь составили 10,5; 13,6 и 13,6 % соответственно).

#### **Выводы**

Тип личности D установлен у 64,9 % пациентов с нестабильной стенокардией. Причем у данных пациентов достоверно выше значения по подшкале социальной подавленности, чем у пациентов с «не типом D», что говорит о большей вовлеченности низкой самооценки, склонности к сдерживанию выражения эмоций по отношению к формированию типа личности D. Наличие психосоциального стресса было выявлено у пациентов обеих групп, но достоверно чаще у первой с дистрессорным типом личности, поэтому данный тип следует рассматривать как один из факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии, а именно нестабильной стенокардии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Denollet, J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality / J. Denollet // Psychosom Med. — 2005. — Vol. 67. — P. 89–97.
2. Denollet, J. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile / J. Denollet, A. A. Schiffer, V. Spek // Circ Cardiovasc Qual Outcomes. — 2010. — Vol. 3(5). — P. 546–557.

УДК 616.151.5-097-076

### **ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА**

*Железнякова Д. А., Авдейчик И. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Термин «Антифосфолипидный синдром» (АФС) представляет собой группу аутоиммунных нарушений, которые характеризуются значительным количеством антител к содержащимся в плазме крови фосфолипидам и гликопротеинам. В настоящее время

АФС признан одной из важнейших причин приобретенной тромбофилии иммунного генеза, основу которой составляет васкулопатия, связанная с тромботическим и (или) окклюзивным поражением кровеносных сосудов. Спектр антифосфолипидных антител (АФА) весьма широк, не для всех из них определена клиническая значимость. Провоцировать выработку АФА могут инфекции, медикаментозные воздействия, аутоиммунные и опухолевые заболевания. Выявление у женщин АФА нередко связано с акушерскими осложнениями, включая внутриутробную задержку роста плода, преэклампсию, спонтанную рекуррентную потерю плода и привычное невынашивание беременности. Страдают АФС около 1 % населения Европы. Сосудистые катастрофы, связанные с наличием у пациента АФА вносят большой вклад в заболеваемость и смертность. Своевременная диагностика АФС позволит предупредить развитие тяжелых тромботических осложнений [1].

### **Цель**

Оценить клинические проявления, гемостазиологический и иммунологический статус пациентов при первичной диагностике АФС.

### **Материал и методы исследования**

На базе ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» были проанализированы 55 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 14 лет до 61 года с диагнозом АФС, установленным за период с 2013 по 2019 гг. Верификация диагноза АФС осуществлялась в соответствии с Сиднейскими критериями (2006) при наличии 1 клинического (тромбоз сосудов, патология беременности) и 1 лабораторного критерия: волчаночный антикоагулянт (ВА); антитела к кардиолипинам и к  $\beta 2$ -гликопротеину-1 ( $\beta 2$ -ГП-1) классов IgM и G. Клиника патологии беременности характеризовалась: 1) один или более необъяснимых эпизодов смерти морфологически нормального плода после 10 недели беременности; 2) один или более эпизодов преждевременных родов морфологически нормальным новорожденным до 34-й недели беременности вследствие эклампсии или тяжелой преэклампсии, диагностированной на основании стандартных критериев или диагностированных признаках плацентарной недостаточности; 3) три или более необъяснимых спонтанных аборта подряд на сроке до 10 недель беременности при отсутствии у матери анатомических и гормональных нарушений и при исключении хромосомных причин по материнской или отцовской линии. АФА определялись методом иммуноферментного анализа (ELISA) с интервалом 12 недель. Серонегативный АФС диагностировался в соответствии с клиническим протоколом диагностики, профилактики и лечения пациентов с АФС, утвержденным приказом МЗ РБ от 08.06.2012 № 694. Инициально оценивались следующие показатели коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) (нормальные значения = 24–39 с); фибриноген (2–4 г/л) и Д-димер (до 250 нг/мл). С целью исключения врожденной тромбофилии определяли уровни антитромбина III, протеинов C и S, гомоцистеина, а также молекулярно-генетическое тестирование (методом ПЦР) на наличие тромбогенных мутаций. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы «Statistica» 10.0. Использовались непараметрические методы с расчетом медианы (Me), верхнего и нижнего квартиля.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пациентов составил  $36 \pm 7,92$  лет, преобладали женщины — 85,45 %. Первичный АФС установлен в 90,9 %. Среди клинических проявлений превалировала акушерская патология — 60 % случаев. У 23,6 % пациентов диагностированы тромбозы различной локализации: тромбоз эмболия легочных артерий (ТЭЛА) — 30,8 %; тромбозы вен нижних конечностей — 30,8 %; тромбозы нетипичной локализации (поперечный синус головного мозга, подмышечная вена) — 7,7 %; нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (НМК) — 16,5 % случаев. Следует отметить, что НМК

носило нетяжелый или транзиторный характер, однако у всех пациентов наблюдались повторные эпизоды. У 4-х пациентов первичное проявление АФС начиналось с иммунной тромбоцитопенией. Рецидивирующие венозные тромботические осложнения (ВТО) зарегистрированы в 23 % случаев. Количественное определение антифосфолипидных антител показало, что чаще других выявились АФА к  $\beta 2$ -ГП-1 класса Ig M (36,4 %), а в 16,3 % — антитела к кардиолипину класса Ig M и к  $\beta 2$ -ГП-1 класса Ig G. Преобладание АФА класса Ig M могло свидетельствовать о наличии острого перекрестного инфекционного процесса. В зависимости от обнаружения конкретных АФА пациенты были разделены на следующие категории: I-я — присутствие более одного типа АФА; IIa — наличие только ВА; IIb — антитела к кардиолипину и IIc — присутствие антител к  $\beta 2$ -ГП-1. Как серонегативный АФС был установлен в 16,5 % случаев. Среди серологически позитивных вариантов преобладал АФС категории I (29%), IIa категория диагностирована у 21,8 %, IIb — у 12,7 %, IIc — у 20 % пациентов группы наблюдения. Анализ показателей коагулограммы установил, что медиана АЧТВ составила 29,15 с (27,3; 34,2) при колебаниях от 24 до 109,8 с. Все случаи удлиненного показателя АЧТВ наблюдались на фоне присутствия ВА, уровень которого было от 2,1 до 4,2 при медиане = 1,2 (1,1; 1,7), не превышающей нормальные значения. Медиана фибриногена была представлена нормой и составила 4 г/л (3,5; 4,8), но частотный анализ показал колебания данного показателя в значительном диапазоне: от 2 до 7,6 г/л. Но следует помнить, что повышение уровня фибриногена свидетельствует не столько в сторону гиперкоагуляции, сколько в сторону воспалительного процесса. Единственный показатель коагулограммы, отражающий «состояние тромботической готовности» — Д-димер (конечный продукт фибринолиза). Частотный анализ показал превышение референтных значений показателя Д-димера у 54,5 % пациентов группы наблюдения. Максимальное значение достигало 1414 нг/мл при медиане — 256 нг/мл (201; 326).

#### **Выводы**

Первичные клинические проявления АФС характеризовались в 60 % акушерской патологией, в 23,6 % — развитием ВТО и в 16,5 % — НМК по ишемическому типу. Тромбоэмболия легочных артерий была диагностирована в 30,8 % всех клинических эпизодов венозных тромботических осложнений. Среди серологически позитивных вариантов преобладал АФС категории I (29 %). Серонегативный АФС установлен в 16,5 % случаев. Показатели вторичного гемостаза при АФС характеризовались нормальными значениями АЧТВ и фибриногена при повышении уровня Д-димеров у 54,5 % пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Новикова, И. Аутоиммунные заболевания / И. Новикова, С. Ходулева // Litres. — 2017.

УДК 616.12-008.331.1-037-08

### **ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Жизневская В. А.*

**Научные руководители: ассистент О. В. Дарчия, ассистент Н. В. Халецкая**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Сердечно-сосудистые заболевания являются важнейшей проблемой современной медицины. Эксперты Всемирной организации здравоохранения отмечают, что высокое артериальное давление является одной из наиболее важных управляемых причин преж-

девременной смерти во всем мире. В настоящее время более 1 млрд людей на планете страдают артериальной гипертензией (АГ), что является для каждого шестого человека фактором риска развития серьезных сердечно-сосудистых заболеваний [1], что обосновывает актуальность темы исследования.

### **Цель**

Сопоставить приверженность к лечению пациентов АГ с их уровнем физической активности и факторами риска.

### **Материал и методы исследования**

За январь 2020 г. во 2-е кардиологическое отделение У «ГОККЦ» г. Гомеля госпитализировано 30 пациентов с АГ. Оценку приверженности к лечению провели согласно приказу МЗ РБ № 1000 от 08.10.2018 г. «О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией». Измерение АД выполняли по методике ВОЗ и с помощью тонометра, который прошел метрологический контроль. Оценку приверженности пациентов к лечению провели анкетированием, в основу которого был положен тест Мориски-Грина. Пациенты с АГ отвечали на 4 вопроса: 1) забывали ли Вы когда-нибудь принимать препараты?; 2) не относитесь ли Вы иногда невнимательно ко времени приема лекарств?; 3) не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?; 4) если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы иногда его следующий прием без информирования своего врача? Каждый ответ «нет» оценивался в 1 балл. Приверженными к лечению считались пациенты, набравшие 4 балла, не приверженными — менее 4 баллов. В анкете содержались также вопросы о наличии вредных привычек, уровне физической активности, индексе массы тела (ИМТ) и данные о сопутствующем заболевании (сахарном диабете).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование включены 30 пациентов (средний возраст  $71,7 \pm 3,35$  лет), госпитализированные в период с февраля по апрель 2020 г. во 2-е кардиологического отделения У «ГОККЦ» г. Гомеля с АГ, из них 16 (53 %) женщин средний возраст  $73,3 \pm 2,55$  лет и 14 (47 %) мужчин средний возраст  $70,7 \pm 2,42$  лет.

Согласно результатам теста Мориски-Грина, приверженными оказались только 6 (20 %) человек из 30 анкетированных с АГ, т. е. они отрицательно ответили на все 4 вопроса анкеты и тем самым набрали 4 балла, из них 4 (13,33 %) женщин и 2 (6,67 %) мужчин. Еще 14 (46,67 %) респондентов набрали 3 балла, из них 6 (20 %) женщин и 8 (26,67 %) мужчин. У 4 (13,33 %) анкетированных приверженность к лечению оценивается в 2 балла, из них 2 (6,65 %) женщин и 2 (6,65 %) мужчин. Среди опрошенных пациентов 6 (20 %) человек набрали по 1 баллу, поэтому согласно тесту оказались не приверженными к лечению, при этом 4 (13,33 %) женщин и 2 (6,67 %) мужчин.

Полученные данные (баллы) «о приверженности к лечению пациентов с АГ» сопоставили с наличием вредных привычек, уровнем физической активности, ИМТ, сопутствующим заболеванием (сахарным диабетом) (таблицы 1, 2, 3).

Таблица 1 — Показатели приверженности среди пациентов

Вредные привычки	Число пациентов	Средний балл
Здоровый образ жизни	24 (80 %)	3,12
Вредные привычки (курение, алкоголь)	6 (20 %)	2,17

У респондентов, имеющих вредные привычки (курение/алкоголь) ( $n = 6$ ), показатель приверженности составил в среднем у 1 (3,33 %) женщины — 2,0 балла, у 5 (16,67 %) мужчин — 2,2 балла. В то время как среди лиц, ведущих здоровый образ жизни ( $n = 24$ ), среднее значение составило 2,67 балла у 15 (50 %) женщин и 3,0 балла у 9 (30 %) мужчин.

Таблица 2 — Выявление сопутствующих заболеваний у пациентов

Сопутствующие заболевания	Число пациентов	Средний балл
Ожирение	18 (60 %)	3,25
Сахарный диабет	22 (73,33 %)	3,58

Определили, что у 18 пациентов ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>. Таким образом, ожирение выявили у 12 (40 %) женщин со средним баллом «приверженности к лечению АГ» — 2,83 и у 6 (20 %) мужчин со средней оценкой 2,67. Отмечено, что сахарным диабетом страдают 22 человека: 13 (43,33 %) женщин со средним баллом «приверженности к лечению АГ» 3,0 и 9 (30 %) мужчин со средней оценкой 3,22.

Таблица 3 — Уровень физической активности пациентов

Уровень физической активности	Число пациентов	Средний балл
Низкий уровень физической активности	5 (16,67 %)	2,86
Умеренный уровень физической активности	24 (80 %)	3,37
Высокий уровень физической активности	1 (3,33 %)	4,0

Сопоставили баллы «приверженности к лечению АГ» пациентов с их уровнем физической активности. Определили, что среди анкетированных с низким уровнем физической активности (n = 5) показатель приверженности в среднем составляет 2,33 балла, из них 3 (10 %) женщины со средним результатом 2,0 и 2 (6,67 %) мужчин со средней оценкой — 2,5. Пациенты с умеренным уровнем физической активности набрали (n = 24): 13 (43,33 %) женщин — 2,69 балла, 11 (36,67 %) мужчин — 2,73. Отмечено, что высокий уровень физической активности имеет только 1 (3,33 %) мужчина, а его приверженность к лечению АГ составила 4,0 балла.

### **Выводы**

Отмечено, что приверженность пациентов, страдающих артериальной гипертензией, к лечению потенциально прогнозируема, при этом некоторые факторы, влияющие на этот прогноз, могут быть выделены и корригируемы. Повышая приверженность к лечению пациентов с АГ можно улучшить прогноз заболевания, предотвратить серьезные осложнения, повысить качество жизни людей и снизить уровень смертности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кобалава, Ж. Д. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев; под ред. В. С. Моисеева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

УДК 616.12-008.331.1-08

## **ЗНАЧИМОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Жизневская В. А.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Э. Н. Платошкин; ассистент О. В. Дарчия**

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

### **Введение**

Артериальную гипертензию (АГ) часто называют «таинственным и молчаливым убийцей». Таинственным — потому, что в большинстве случаев причины развития заболевания остаются неизвестными, молчаливым — потому, что у многих пациентов

заболевание протекает бессимптомно и они не знают о наличии у них повышенного артериального давления (АД), пока не разовьется какое-либо осложнение [1]. По мнению экспертов ВОЗ, положительная динамика в уровне заболеваемости и смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний может быть получена только при условии комплексного воздействия на факторы, влияющие на состояние здоровья населения, повышение мотивации людей к соблюдению здорового образа жизни и приверженности пациентов к лечению АГ. В Республике Беларусь на 100 тыс. населения регистрируется в среднем 32 тыс. случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы, причем в Гомельской области эта цифра составляет 28 тыс. [2]. Анализ семейного положения в нашей стране за 2018 г. показал негативные тенденции: число браков уменьшилось на 8 %, число разводов увеличилось на 3,4 % в сравнении с аналогичным периодом 2017 г. [3]. Актуальность исследования состоит в определении приверженности пациентов к лечению с АГ в зависимости от семейного положения и уровня образования.

### **Цель**

Проанализировать приверженность пациентов к лечению с АГ в зависимости от семейного положения и уровня образования.

### **Материал и методы исследования**

За январь 2020 г. во 2-е кардиологическое отделение У «ГОККЦ» г. Гомеля госпитализировано 30 пациентов с АГ. Оценку приверженности к лечению провели согласно приказу МЗ РБ № 1000 от 08.10.2018 г. «О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией». Измерение АД выполняли по методике ВОЗ и с помощью тонометра, который прошел метрологический контроль. Оценку приверженности пациентов к лечению провели анкетированием, в основу которого был положен тест Мориски-Грина. Пациенты с АГ отвечали на 4 вопроса: 1) забывали ли Вы когда-нибудь принимать препараты?; 2) не относитесь ли Вы иногда невнимательно ко времени приема лекарств?; 3) не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?; 4) если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы иногда его следующий прием без информирования своего врача? Каждый ответ «нет» оценивался в 1 балл. Приверженными к лечению считались пациенты, набравшие 4 балла, не приверженными — менее 4 баллов. В анкете содержались также вопрос о семейном положении и уровне образования.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование включены 30 пациентов (средний возраст  $71,7 \pm 3,35$  лет), госпитализированные в период с февраля по апрель 2020 г. во 2-е кардиологического отделения У «ГОККЦ» г. Гомеля с АГ, из них 16 (53 %) женщин средний возраст  $73,3 \pm 2,55$  лет и 14 (47 %) мужчин средний возраст  $70,7 \pm 2,42$  лет. Согласно результатам теста Мориски-Грина, приверженными оказались только 6 (20 %) человек из 30 опрошенных с АГ, т. е. они отрицательно ответили на все 4 вопроса анкеты и тем самым набрали 4 балла, из них 4 (13,33 %) женщин и 2 (6,67 %) мужчин. Еще 14 (46,67 %) респондентов набрали 3 балла, из них 6 (20 %) женщин и 8 (26,67 %) мужчин. У 4 (13,33 %) анкетированных приверженность к лечению оценивается в 2 балла, из них 2 (6,65 %) женщин и 2 (6,65 %) мужчин. Среди опрошенных пациентов 6 (20 %) человек набрали по 1 баллу, поэтому согласно тесту оказались не приверженными к лечению, при этом 4 (13,33 %) женщины и 2 (6,67 %) мужчин. Таким образом, у мужчин результат приверженности в среднем 2,4 балла, а у женщин несколько выше — 2,8 баллов.

Полученные данные (баллы) «о приверженности к лечению пациентов с АГ» сопоставили с семейным положением и уровнем образования пациентов (таблицы 1, 2).

Таблица 1 — Показатели приверженности среди пациентов

Семейное положение	Число пациентов	Средний балл
Вдова/вдовец	13 (43,3 %)	2,39
Есть семья	17 (56,7 %)	3,12

Сопоставили по гендерным особенностям результаты приверженности с семейным положением. Определили, что одиноких 4 (13,32 %) мужчины и их показатель приверженности в среднем составляет 2,0 балла, а у одиноких 9 (29,98 %) женщин — 2,3 баллов. У семейных 10 (33,35 %) мужчин и 7 (23,35 %) женщин получено в среднем по 3,0 балла.

Таблица 2 — Уровень образования пациентов

Уровень образования	Число пациентов	Средний балл
Общее среднее образование	10 (33,3 %)	2,50
Среднее специальное образование	17 (56,7 %)	2,70
Высшее образование	3 (10 %)	3,00

У 7 (23,31 %) мужчин с общим средним образованием средний показатель приверженности составил 2,57, а у 3 (9,99 %) женщин — 2 балла. Подавляющее большинство респондентов оказались со средним специальным образованием, среди них у 6 (20 %) мужчин показатель приверженности — 2,83, а у 11 (36,69 %) женщин — 2,64 баллов. Максимальных значений показатель приверженности достиг у 1 (3,33 %) мужчины — 3 и у 2 (6,67 %) женщин с высшим образованием со средним значением — 3,5 баллов.

#### **Выводы**

Среди мужчин результат приверженности в среднем 2,4 балла, а у женщин несколько выше — 2,8 баллов. У семейных 33,35 % мужчин и 23,35 % женщин показатель выше в среднем по 3,0 баллов по сравнению с одинокими пациентами. У мужчины с высшим образованием результат 3,0 балла и у 2 женщин с высшим образованием среднее значение составило 3,5 баллов, что достаточно выше данных о приверженности к лечению пациентов с АГ со средним специальным образованием ( $n = 17$ ) и общим средним образованием ( $n = 10$ ).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мрочек, А. Г. Профилактика болезней сердца / А. Г. Мрочек // Кардиология. — 2017. — С. 5.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2016. — 281 с.
3. Мрочек, А. Г. Резолюция Республиканского совещания по итогам работы кардиологической, кардиохирургической служб, служб рентгенэндоваскулярной и сосудистой хирургии Республики Беларусь в 2018 году и основным направлениям деятельности на 2019 г. / А. Г. Мрочек // Кардиология. — 2019. — С. 2.

УДК 616.12-008.1

### **ВЛИЯНИЕ ОМАКОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ИСХОДОМ В НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ**

*Звягинцева О. И., Швейнов А. И.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. П. Михин**

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

#### **Введение**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) до сих пор занимает ведущие позиции в структуре заболеваемости и смертности в большинстве развитых стран мира [5]. По данным феде-

ральной службы государственной статистики Российской Федерации за 2018 г., в России количество летальных исходов от ИБС составило 453306 человек [4]. Нестабильная стенокардия (НС) и острый инфаркт миокарда (ОИМ) являются одними из главных жизнеугрожающих заболеваний в структуре ИБС [2]. Поэтому одной из ключевых задач современной кардиологии является понимание процессов развития ИБС, а также поиск новых возможностей в лечении, диагностике и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Развитие фатальных аритмий является следствием нарушений параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР), а некоторые показатели ВСР служат предвестниками внезапной сердечной смерти. Омакор — представитель омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), оказывает положительное влияние на параметры ВСР [3].

### Цель

Изучить влияние омега-3 ПНЖК в составе комплексной терапии на показатели ВСР у больных с ОКС с исходом в НС.

### Материал и методы исследования

В настоящем исследовании 41 пациенту от 45 до 70 лет, средний возраст 57,5 лет, с диагностированным ОКС с исходом в НС на фоне лечения было проведено суточное мониторирование ЭКГ с оценкой показателей вариабельности сердечного ритма. Все пациенты в процессе рандомизации распределялись на две группы: основную (24 человека), которая получала стандартную терапию и омакор (1 г/сут), и контрольную (17 человек), которая получала только стандартную терапию. Параметры ВСР исследовали с помощью суточного мониторирования ЭКГ на системе «Кардиотехника-04» (Инкарт) на 3-и и 14-е сутки стационарного лечения. Оценивались показатели ВСР временной и частотной областей. К параметрам временной области относятся: 1) SDNN (50 мс) — стандартное отклонение всех RR-интервалов; 2) pNN50 (%) — число последовательных RR-интервалов, отличающихся более чем на 50 мс, деленное на общее количество RR-интервалов. А к параметрам частотной области — 1) HF — высокочастотный компонент — колебания сердечного ритма с частотой 0,15–0,40 Гц, отражает парасимпатические влияния на сердечно-сосудистую систему; 2) LF — низкочастотный компонент — в диапазоне частот 0,04–0,15 Гц, отражает преимущественно симпатические влияния; 3) VLF — очень низкочастотные колебания — в диапазоне 0,003–0,04 Гц [1]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерных программ «StatSoft Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel».

### Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные о состоянии основных показателей ВСР у пациентов с ОКС с исходом в НС в течение суток представлены на рисунке 1.

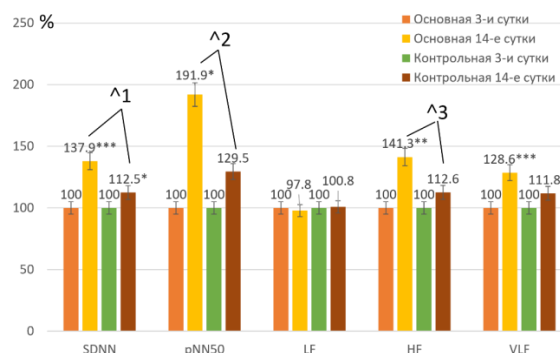


Рисунок 1 —Состояние показателей ВСР в исследуемых группах пациентов с НС, определяемых за сутки (% от исходного уровня)

**Примечание:** по сравнению с исходными значениями различия достоверны: \* —  $p < 0,05$ , \*\* —  $p < 0,01$ , \*\*\* —  $p < 0,001$ ; между группами различия достоверны:  $\wedge 1$  —  $p = 0,0212$ ,  $\wedge 2$  —  $p = 0,0391$ ,  $\wedge 3$  —  $p = 0,0473$ .



Сравнивая параметры ВСР в основной и контрольной группах за сутки, обращает на себя внимание повышение показателей в группе приема омега-3 ПНЖК к 14-м суткам исследования: SDNN — на 37,9 %, при  $p < 0,001$ , pNN50 — на 91,9 %, при  $p < 0,05$ , HF — на 41,3 %, при  $p < 0,01$  и VLF — на 28,6 %, при  $p < 0,001$ . В то время как в контрольной группе к 14-м суткам увеличились только показатели SDNN — на 12,6 %, при  $p < 0,05$  и VLF — на 11,8 %, при  $p < 0,05$ , что явилось следствием проводимой комплексной терапии. Параметр LF, который свидетельствует об уровне симпатических модуляций, значимо не изменился в обеих группах.

### **Выводы**

Добавление к комплексной терапии омега-3 ПНЖК пациентам с ОКС с исходом в НС, находящимся на стационарном лечении, улучшает показатели ВСР к 14-м суткам, что проявляется повышением временных (SDNN, pNN50) и частотных показателей (HF), отражающих усиление парасимпатических влияний.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Алейникова, Т. В. Вариабельность сердечного ритма (обзор литературы) / Т. В. Алейникова // Проблемы здоровья и экологии. — 2012. — № 1 (31). — С. 17–23.
2. Аронов, Д. М. Актуальные вопросы кардиореабилитации в новых рамках российского здравоохранения / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова, В. Г. Красницкий // Вестн. восстанов. медицины. — 2014. — № 6 (54). — С. 2–11.
3. Рождественский, Д. А. Клиническая фармакология омега-3 полиненасыщенных жирных кислот / Д. А. Рождественский, В. А. Бокий // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2014. — № 3. — С. 121–134.
4. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации. — 2018. [Электронный ресурс]. — Дата обновления: 08.03.2020 г. — URL: <http://www.gks.ru>.
5. Trends in incidence, severity, and outcome of hospitalized myocardial infarction / V. L. Roger [et al.] // Circulation. — 2010. — Vol. 121, Is. 7. — P. 863–869.

**УДК 616.379.008.64**

## **МЕТОДИКА ПОПУЛЯЦИОННОЙ ОЦЕНКИ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С ПОМОЩЬЮ АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ**

*Зубцов М. С.*

**Научный руководитель: ассистент М. Ф. Григорьян**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

В сравнении с людьми, не страдающими сахарным диабетом, пациенты с данной патологией имеют больший риск смерти, особенно от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Риск ранней смерти у людей с сахарным диабетом в два раза выше, чем у здоровой популяции, а риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от ишемической болезни сердца выше в 2–4 раза. В Российской Федерации сахарный диабет является седьмой по частоте причиной смерти, даже несмотря на то что он указан основной причиной лишь для 10 % умерших, страдавших сахарным диабетом. Врачи, судебно-медицинские эксперты, патологоанатомы, заполняющие медицинские свидетельства о смерти, руководствуются причинно-следственными связями, указанными в критериях Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Проблемы, связанные с достоверностью информации из медицинских свидетельств

о смерти, включают в себя: неправильное заполнение справок, неточность диагноза, варибельность интерпретации причинно-следственных связей, приведших к смерти, изменение представлений о причинной роли болезней, вариации нозологической кодировки и неподготовленность персонала относительно верности заполнения медицинских свидетельств о смерти.

### **Цель**

Проведение анализа общего уровня смертности и причин смерти у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом, с помощью медицинских свидетельств о смерти.

### **Материал и методы исследования**

Были проанализированы данные 224 медицинских свидетельства о смерти у пациентов старше 60 лет, проходивших лечение в медицинских учреждениях Курской области в период с 2012 по 2016 гг. 43 пациента, в причинах смерти которых указывался сахарный диабет или у которых в истории болезни были положительные данные о сахарном диабете, составили исследуемую группу. 181 пациент без сахарного диабета в анамнезе составили группу контроля. Среди причин смерти были отобраны 11 групп нозологий по МКБ-10: злокачественные новообразования (C00-C97), сахарный диабет (E10-E14), болезни системы кровообращения (I00-I97), ишемическая болезнь сердца (I20-I25), цереброваскулярные заболевания (I60-I69), болезни артерий, артериол и капилляров (I70-I79), острые респираторные инфекции (J00-J06), хроническая обструктивная болезнь легких (J44), гломерулярные болезни (N00-N08), внешние травмы, несчастные случаи (W00-X59). Для оценки достоверности различий был применен U-критерий Манна-Уитни. Статистический анализ был проведен с помощью программного пакета «Statsoft Statistica» 13.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В результате исследования выяснено, что пациенты пожилого возраста, страдающие сахарным диабетом, составили 19,2 % ( $n = 43$ ) от общего количества смертей в Курской области. Эти данные соотносятся с данными Росстата о причинах смерти населения в Российской Федерации за 2006 и 2013 гг. (в 2006 г. — 17,2 %; в 2013 г. — 18,5 %). Уровень смертности пациентов с сахарным диабетом оказался статистически значимо выше, чем уровень смертности пациентов без сахарного диабета (59,3 на 1000 пациентов, страдающих сахарным диабетом против 10,6 на 1000 пациентов, не страдающих сахарным диабетом). Статистически значимых различий по уровню смертности среди мужчин и женщин в обеих группах выявить не удалось.

Сердечно-сосудистые заболевания оказались ведущим фактором смертности среди пациентов исследуемой группы и составил 38 %. Злокачественные новообразования и диабет были соответственно 2 и 3 по частоте причиной смерти (16,3 и 15,3 % соответственно). Цереброваскулярные заболевания оказались на 4 месте среди причин смерти в исследуемой группе (8,6 %) и нередко сочетались с пневмонией, гриппом (2,9 %), ХОБЛ (2,5 %), заболеваниями артерий, артериол и капилляров (2,2 %), гломерулярными заболеваниями (1,1 %). Эти данные согласуются с данными Росстата о причинах смерти больных с сахарным диабетом.

Показатели смертности по всем нозологиям в исследуемой группе были выше, чем в контрольной группе. Так, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в исследуемой группе была 2,9 раза выше, чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ). Смертность от ИБС в исследуемой группе оказалась в 3 раза выше ( $p < 0,05$ ). Смертность от цереброваскулярных заболеваний оказалась выше в 2,4 раза, а от несчастных случаев и травм — в 2,2 раза, от гломерулярных заболеваний почек — в 2,1 раза ( $p < 0,05$ ). Стоит также отметить, что смертность от заболеваний артерий, артериол и капилляров в исследуемой группе была на 80 % больше, чем в группе контроля; от злокачественных новообразований и инфекционных заболеваний дыхательных путей — на 70 %; от ХОБЛ — на 30 %.

### **Выводы**

Данное исследование подтверждает высокий уровень смертности при сахарном диабете, сочетанном с другими патологиями. В результате исследования получены данные о том, что ведущей причиной смерти среди больных сахарным диабетом пожилого возраста являются сердечно-сосудистые заболевания. Также, выяснено что общий уровень смертности у больных сахарным диабетом пожилого возраста статистически значимо выше, чем у больных без сахарного диабета. Уровень смертности у больных сахарным диабетом от злокачественных новообразований (C00-C97), болезней системы кровообращения (I00-I97), ишемической болезни сердца (I20-I25), цереброваскулярных заболеваний (I60-I69), болезней артерий, артериол и капилляров (I70-I79), острых респираторных инфекций (J00-J06), хронической обструктивной болезни легких (J44), гломерулярных болезней (N00-N08), внешних травм, несчастных случаев (W00-X59) был также статистически значимо выше.

УДК 314.04; 314.4; 613.98

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЛИВЕНСКОГО РАЙОНА ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Зубцов М. С.*

**Научный руководитель: ассистент М. Ф. Григорьян**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

Повышение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни населения при снижении уровня рождаемости является одной из основных демографических проблем в мире. Растущая урбанизация, популярность нуклеарных форм семейных отношений и растущий индивидуализм людей заставляет правительства многих государств, в т. ч. Российской Федерации, перенаправлять бюджетные средства на поддержку рождаемости.

В этих условиях необходимо больше исследований о положении пожилых людей в развивающихся странах. На территории Российской Федерации активно реализуется федеральный проект «Старшее поколение» в рамках нацпроекта «Демография». В рамках данного проекта проводится специальное дополнительное обследование, направленное на выявление возраст-ассоциированных заболеваний и состояний, таких как старческая астения, остеопороз (и высокий риск переломов костей), катаракта, различные нутритивные нарушения, когнитивные и психоэмоциональные нарушения, деменции, депрессии, субдепрессии, а также характерные для старших возрастов эндокринные, сосудистые и характерные онкологические заболевания. Также планируется развитие гериатрических центров по всей стране, ряд мероприятий по просвещению в области здорового образа жизни. Однако четких оценок реализации проекта в периодической литературе нет.

### **Цель**

Изучение уровня заболеваемости и набора медицинских услуг сельским населением пожилого и старческого возраста на примере Ливенского района Орловской области.

### Материал и методы исследования

В качестве района исследования был выбран Ливенский район Орловской области. Достаточно большая удаленность от Москвы (450 км) и от Орла (130 км), наличие ЦРБ 2 уровня и 16 ФАПов позволяет рассматривать его как удаленную территорию для оценки реализации нацпроекта. Исследование включало в себя общий осмотр, осмотр по системам органов, измерение АД, оценку состояния глазного дна и внутриглазного давления, антропометрию, оценку уровня слуха. В итоге было обследовано 105 жителей Ливенского района в возрасте старше 60 лет, из которых 84 (80 %) были включены в исследование. В исследовании приняли участие 57 (67,9 %) женщин, 27 (32,1 %) мужчин. Средний возраст пациентов составил  $70,2 \pm 5,9$  лет. Статистические данные были обработаны программным пакетом «Statsoft Statistica» 13.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

Оценка связанных со здоровьем проблем среди пожилых людей была сгруппирована в 15 основных категорий (таблица 1). Всего было выявлено 442 проблемы со здоровьем, в среднем  $5,3 \pm 1,7$  на пациента. Это число больше 277 жалоб, которые удалось выявить при первичном опросе пациентов.

Таблица 1 — Распределение подтвержденных симптомов по категориям

Категория	Число подтвержденных симптомов (%)
Общие жалобы и симптомы	21 (4,8 %)
Кровотечения	1 (0,2 %)
Пищеварение	37 (8,4 %)
Зрение	58 (13,1 %)
Слух	9 (2 %)
Кровообращение	47 (10,6 %)
Опорно-двигательный аппарат	112 (25,3 %)
Неврологические симптомы	51 (11,5 %)
Психические расстройства	27 (6,1 %)
Дыхание	26 (5,9 %)
Кожа	9 (2 %)
Эндокринные, метаболические и нутритивные нарушения	11 (2,5 %)
Мочевыделительная система	23 (5,2 %)
Женская половая система	6 (1,4 %)
Мужская половая система	4 (0,9 %)
Общее число симптомов	442

Наиболее часто отмечались жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата — 112 (25 %). Чаще всего пациенты жаловались на боли в пояснице, боли в шее и плече.

На снижение зрения жаловались 58 (69 %) обследуемых. Причем катаракта была выявлена у 29 (34,5 %) пожилых пациентов, 9 (10,7 %) пациентам был поставлен диагноз полная утрата зрения (слепота), глаукома была зарегистрирована у 8 (9,5 %) пациентов. У 6 пациентов было отмечено одностороннее повышение внутриглазного давления, у 2 пациентов было отмечено двустороннее повышение внутриглазного давления.

Неврологические проблемы были третьей по распространенности жалобой пациентов. Наиболее частым симптомом являлась головная боль, наблюдавшаяся у 11 (13 %) обследуемых.

Проблемы с сердечно-сосудистой системой составили 4 по частоте группу и включали в себя 47 случаев. У 16 (19 %) человек была обнаружена впервые выявленная эссенциальная артериальная гипертензия. У 9 (10,7 %) человек был подтвержден диагноз гипертонической болезни.

Жалобы на психические расстройства диагностировались в 27 случаях. В исследовании не использовались специфические опросники, направленные на выявление депрессии, однако клинически депрессия была диагностирована врачом в 8 (9 %) случаях.

Оценка ИМТ показала, что у 60 обследуемых ИМТ находится в пределах нормы (ИМТ = 20–29,9). У 6 (7,1 %) обследованных ИМТ составил менее 16, что свидетельствует о тяжелой анорексии. У 12 (14,3 %) человек ИМТ был ниже нормы (ИМТ = 16–19,9). Ожирение было диагностировано у 6 (7,1 %) обследуемых, 5 из них были женщины.

Полной глухоты диагностировано не было, однако 21 обследуемый (25 %, 17 женщин и 4 мужчины) отметил проблемы со слухом.

#### **Выводы**

В результате исследования можно сделать заключение о том, что у 21 % пациентов пожилого возраста, проживающих в сельской местности, имеются проблемы с питанием, проблемы с опорно-двигательным аппаратом встречаются почти у половины, у 19 % — впервые выявленная гипертоническая болезнь, почти у 10 % — полная слепота, признаки депрессии имеются почти у 10 % обследуемых. Необходимо дальнейшая реализация проекта «Старшее поколение» для повышения качества жизни людей пожилого возраста, проживающих в сельской местности.

УДК 616.36-002-036.12-003.829.1-08

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОХРОМАТОЗА У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

*Ибрагимов А. Х.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. В. Пальцев*

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

#### **Введение**

Хронический гепатит С (ХГС) — это хроническое инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита С (HCV). Этот вирус может вызвать как острую, так и хроническую инфекцию гепатита С, которая варьируется по тяжести от легкой болезни, продолжающейся несколько недель, до серьезной пожизненной болезни.

В настоящее время основными путями передачи HCV считаются небезопасные инъекции в медицинских учреждениях и употребление инъекционных наркотиков. Распространенность HCV по регионам ВОЗ: Регион Восточного Средиземноморья: 2,3 % населения (15 млн); Европейский регион: 1,5 % населения (14 млн); Регион Африки: 1 % населения (11 млн); Регион стран Америки: 1 % населения (7 млн); Регион Западной части Тихого океана: 1 % населения (14 млн); Регион Юго-Восточной Азии: 0,5 % населения (10 млн) [1].

На прогрессирование HCV-инфекции важное влияние оказывают генетические факторы больного. В этом аспекте особый интерес представляют исследования взаимосвязи синдрома перегрузки железом (СПЖ) при ХГС и мутаций HFE-гена (белок человеческого регулятора гомеостатического железа). Синдром перегрузки железом (СПЖ) — патологическое состояние, которое характеризуется количественным увеличением элементного железа в организме и приводит к повреждению органов и тканей вследствие токсического действия избытка. Сегодня СПЖ достаточно распространенное явление, сопровождающее различные заболевания и состояния. Если у пациента имеется гомозиготность по мутациям HFE-гена (ген гемохроматоза), в том числе компаунд-гетерозиготность, то речь идет о наследственном гемохроматозе. Гетерозиготность по классическим мутациям C282Y, H63D, S65C не приводит к развитию наследственного гемохроматоза, однако при сочетании с HCV-инфекцией может выступать в качестве генетического фактора развития СПЖ у данной категории больных. Субанализ группы

из 363 больных, принимавших участие в исследовании (долгосрочного антивирусного лечения гепатита С от цирроза) HALT-C, равно как и целый ряд других работ, показал, что гетерозиготность по мутациям HFE-гена ассоциируется с формированием СПЖ у больных ХГС, более выраженным фиброзом и более высокой частотой ГЦК [2, 3].

**Цель**

Оценить влияние СПЖ на течение хронического гепатита С у пациента с мутацией гена гемохроматоза.

**Материал и методы исследования**

Проведено клиническое обследование и анализ лабораторных показателей пациента, состоящего под динамическим наблюдением гастроэнтеролога. Лабораторное обследование проводилось в лаборатории У «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (РНПЦРМиЭЧ). Мутация в гене HFE диагностирована с помощью ПЦР анализатора Rotor-Gene 3000 на базе научно-исследовательской лаборатории Гомельского государственного медицинского университета. Пункционная биопсия печени с окраской по Перлсу выполнялась в Гомельском областной онкологическом диспансере.

**Результаты исследования и их обсуждение**

У пациента А., 59 лет, в 2009 г/ при проведении профилактического осмотра были обнаружены повышенные показатели АЛТ и АСТ, после чего пациент был направлен на консультацию к инфекционисту. Диагноз ХГС был подтвержден методом полимеразной цепной реакции. В 2011 г. пациент прошел курс лечения интерфероном, лечение оказалось неэффективно — сохранялся высокий титр вируса гепатита С в крови, а также повышенные уровни трансаминаз.

При первичном обращении к гастроэнтерологу У «РНПЦРМиЭЧ» в 2012 г. по данным биохимического анализа крови диагностирован синдром перегрузки железом. Результаты генетического исследования показали наличие гомозиготной мутации H63D гена гемохроматоза. Была выполнена пункционная биопсия печени, выявлен фиброз 3 степени, а также подтвержден синдром перегрузки железом.

Было назначено лечение СПЖ флеботомиями (кровопусканиями). Кровопускания выполнялись на базе дневного стационара У «РНПЦРМиЭЧ», по 500 мл с замещением объема циркулирующей крови физиологическим раствором 2 раза в месяц в первый год. Далее по достижению целевых уровней сывороточного железа и ферритина пациент был переведен на поддерживающую терапию кровопусканиями 2–4 раза в год.

Отмена высокая эффективность лечения флеботомиями, показатели анализа крови представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика показателей анализа крови пациента с 2012 по 2019 гг.

Fe, ммоль/л	52,4	30,2	8,9	15,8	19,7	8,9	18,2	32	19,5	30,2
Ферритин, мкмоль/л	538	260	9	26	53	11	15	104	194	132
Трансферрин, г/л	2,26	2,4	3,39	3,84	3,18	3,02	3,87	2,61	3,19	2,51
НТЖ, %	90,4	49,1	10,2	16	24,2	11,5	18,3	47,8	23,8	46,9
АЛТ, ед/л	57	43	31	32	26	27	27	45	18	20
Нв, г/л	162	143	124	127	128	118	128	123	155	149

Как видно из данных, представленных в таблице 1, в ходе проводимого лечения достаточно быстро удалось достигнуть целевых уровней сывороточного железа и ферритина. На фоне снижения показателей, отражающих метаболизм железа, было отмечено снижение уровня АЛТ, что отражает снижение цитолитического синдрома и уменьшение активности хронического гепатита, что в перспективе улучшает прогноз для пациента.

### **Выводы**

1. Наличие мутации гена гемохроматоза способствует формированию синдрома перегрузки железом при наличии хронического вирусного гепатита С. При этом СПЖ является фактором, отягощающим течение ХГС за счет более выраженного синдрома цитолиза и быстрого развития фиброза печени.

2. Использование флеботомий для лечения СПЖ способствует снижению активности АЛТ в крови, что отражает понижение активного хронического гепатита и улучшение прогноза для пациента.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Global hepatitis report, 2017 [электронный ресурс]: World Health Organization, 2017. — URL: <http://www.who.int/entity/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017-executive-summary/en>. — Дата обращения: 20.03.2020.
2. The H63D genetic variant of the HFE gene is independently associated with the virological response to interferon and ribavirin therapy in chronic hepatitis C / M. V. Carmeiro [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — Vol. 22. — P. 1204–1210.
3. Tungol, A. Formulary management of the protease inhibitors boceprevir and telaprevir for chronic hepatitis C virus / A. Tungol, K. Rademacher, J. A. Schafer // J. Manag. Care Pharm. — 2011. — Vol. 17. — P. 685–694.

**УДК 616.12-089.168.1-052-036.82**

## **ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Иванова А. Н., Дей В. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Понятие качества жизни включает в себя физическое, эмоционально- психологическое и социальное благополучие больного. Оценка качества жизни у больных с сердечно-сосудистой патологией представляет большое значение [1].

Основным методом оценки качества жизни являются анкеты. Широко используется общий опросник краткой формы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36). По данным MedLine за 2010 г., SF-36 использовался в 95 % научных исследований по изучению качества жизни при различных заболеваниях. Опросник SF-36 применяется для международных клинических исследований, что позволяет оценивать эффективность реабилитационных мероприятий. Оценка качества жизни может стать необходимым условием при испытании новых медицинских технологий, лекарственных средств и методов лечения на любом этапе [2].

### **Цель**

Оценить качество жизни пациентов кардиохирургического отделения, перенесших операции по замене клапанов сердца.

### **Материал и методы исследования**

Обследовано 15 пациентов кардиохирургического отделения, находящихся на лечении в Гомельском областном клиническом кардиологическом центре. Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Statistica» 10.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Обследовано 15 пациентов кардиохирургического отделения, после операции по замене клапанов сердца. Средний возраст респондентов составил  $46,4 \pm 13,7$  лет. По

результатам исследования средний балл по шкале оценки физического компонента здоровья (PH) составил  $30,96 \pm 1,9$ , средний балл по шкале психического компонента здоровья (MH) составил  $36,09 \pm 2,8$ . Средние значения показателей 8 трансформированных шкал SF-36 респондентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Средние показатели трансформированных 8 шкал sf-36 (n = 15)

Показатели	Шкалы SF-36							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Me (медиана)	40 ± 11,15	60,4 ± 21,3	32 ± 5,13	55 ± 6,6	45 ± 5,44	43,75 ± 8,21	13,33 ± 5,74	50 ± 5,78
σ (стандартное квадратичное отклонение)	33,44	17,91	15,40	19,81	16,33	24,62	17,21	17,33
Св, % (коэффициент вариации)	89,17	33,23	52,75	40,51	36,29	63,52	19,1	33,58

Медианы значений по всем шкалам качества жизни пациентов составили: PF (физическое функционирование) — 40; RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) — 60,4; BP (интенсивность боли) — 32; GH (общее состояние здоровья) — 55; VT (жизненная активность) — 45; SF (социальное функционирование) — 43,75; RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) — 13,33; MH (психическое здоровье) — 50.

#### Выводы

Анализ качества жизни пациентов кардиохирургического отделения показал, что стандартизированные показатели качества жизни пациентов находятся на достаточно низком уровне: обобщенный физический компонент здоровья (PH) составил  $30,96 \pm 1,9$ , обобщенный психологический компонент здоровья (MH) составил  $36,09 \pm 2,8$ . Наиболее низкие медианы значений качества жизни выявлены по показателям физического функционирования, интенсивности боли, жизненной активности, социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние психоэмоционального статуса и качество жизни у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией в условиях реальной клинической практики / Е. И. Безуглова [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2011. — № 4. — С. 55–57.
- 2) Изучение качества жизни пациентов с болезнями системы кровообращения на этапе реабилитации / Д. В. Щербаков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 4. — С. 37–42.

УДК 616.36-004

### ИЗМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА QT И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Изуит А. А.*

Научный руководитель: ассистент *В. А. Прищепенко*

Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»  
г. Витебск, Республика Беларусь

#### Введение

Цирроз печени является тяжелым заболеванием и стоит на пятом месте среди причин смерти. При циррозе печени происходит отложение фиброзной ткани вдоль синусоидов. Что ведет к нарушению процесса диффузии питательных веществ из сосудов в клетки печени. Также можно наблюдать фиброз и деформацию сосудистого русла печени. Важно отметить изменения на ЭКГ, а именно: удлинение интервала QT, этот по-



казатель рассматривается как один из ранних признаков ЦКМП. Синдромами удлиненного интервала QT называют заболевание, характеризующиеся удлинением продолжительности интервала QT на ЭКГ, частыми обмороками и высоким риском внезапной смерти вследствие желудочковых тахикардий. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы применяются ортостатические реакции.

Данные реакции отражают адекватность нейрогуморальных механизмов регуляции кровообращения. Эти механизмы направлены на поддержание в вертикальном положении величины сердечного выброса, артериального давления, адекватного кровоснабжения органов и возврата крови к сердцу. Ортостатические пробы применяются в основном для выяснения скрытых механизмов расстройств регуляции сердечно-сосудистой системы. Эти тесты являются простыми и доступными для проведения в стационарных и амбулаторных условиях.

#### **Цель**

Оценка частоты синдрома удлинения интервала QT на ЭКГ, выявление функциональных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов с циррозом печени, на основании данных ортостатических реакций.

#### **Материал и методы исследования**

Данное исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения УЗ «Витебский областной специализированный центр». В основную группу оценки интервала QT вошло 34 пациента с циррозом печени, средний возраст  $55,73 \pm 13,36$  лет. Критерием исключения являлась вирусная этиология заболевания. Контрольную группу составили 8 пациентов с хроническим гастритом и (или) гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, средний возраст  $47,75 \pm 19,15$  лет. Группы по возрасту статистически не отличаются.

Дисперсию интервала QT рассчитывали, как разницу между средними максимальным и минимальным значением интервала QT в шести прекардиальных отведениях ЭКГ. Для коррекции дисперсии интервала QT в зависимости от ЧСС (дисперсия скорректированного интервала QTс) использовали модифицированных формул: Саги, Базетта, Фридерика. Нормальные значения скорректированного интервала QT у мужчин 320–430 мс, у женщин 340–450 мс.

Для оценки результатов ортостатических реакций были взяты 10 пациентов гастроэнтерологического отделения с клиническим диагнозом — цирроз печени. Группу составили 5 мужчин и 5 женщин в возрасте  $50,9 \pm 7,9$  лет. Ортостатическая проба проводилась при отсутствии внешних шумов, в комфортных условиях, при неярком освещении. Во время пробы осуществлялась регистрация артериального давления по методу Короткого ручным тонометром. Оценивалось систолическое артериальное давление (САД), а также диастолическое артериальное давление (ДАД) в положении «стоя» и «лежа».

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Statistica» (Version 10, StatSoftInc., США, лицензия № СТАФ999К347156W). В связи с непараметрическим распределением данных для оценки достоверности различий использовался критерий Манна — Уитни. Данные представлялись в виде Медиана (Me) [25–75-й процентиль]. Отличия признавались статистически достоверными при  $p < 0,05$ . Корреляции оценивались методом Спирмена (коэффициент корреляции — r).

При оценке результатов ортостатических реакций использовался критерий Вилкоксона.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

У 15 (44 %) с циррозом печени выявлено удлинение интервала QT выше нормы. В контрольной группе интервал QT не превышал нормального значения.

Величина скорректированного интервала QT у пациентов с циррозом печени (таблица 1) составила 0,44 [0,38–0,49] (формула Базетта). Величина интервала QT у пациентов

контрольной группы составила 0,33 [0,31–0,35]; соответственно. У пациентов с циррозом печени величина интервала QT достоверно больше, чем в контрольной группе по всем вышеизложенным формулам ( $p < 0,01$ ).

Таблица 1 — Сравнительный анализ показателей в двух группах

Показатель	Цирроз печени, медиана [25–75 %]	Контрольная группа, медиана [25–75 %]	Z; p
QT	0,4 [0,36–0,44]	0,32 [0,32–0,34]	2,99; 0,002
R-R	0,88 [0,76–0,96]	0,96 [0,9–1,04]	–1,40; 0,16
QTc	0,44 [0,38–0,49]	0,33 [0,31–0,35]	2,99; 0,003

Среди ортостатических реакций наблюдается снижение систолического АД в среднем на 8 мм рт. ст. и диастолического артериального давления в среднем на 7 мм рт. ст. АД систолическое стоя статистически значимо меньше, чем АД систолическое лежа ( $p = 0,041$ ; таблица 2), АД диастолическое стоя ниже, чем лежа ( $p = 0,024$ ).

Таблица 2 — Сравнительный анализ показателей систолического и диастолического давления стоя и лежа

САД	Среднее значение; Ме [25–75 %]	ДАД	Среднее значение; Ме [25–75 %]
САД стоя, мм рт. ст.	117,9 120 [100–130]	ДАД стоя, мм рт. ст.	78,1 80 [61,25–90]
САД лежа, мм рт. ст.	125,5 120 [120–139,5]	ДАД лежа, мм рт. ст.	84,8 90 [70–96]
p	0,041	p	0,024

### Выводы

1. У 44 % с циррозом печени выявлено значимое удлинение скорректированного интервала QT, по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,01$ ). Установлены корреляции интервала QT с уровнем, асцита, эритроцитов, гемоглобина, СОЭ, лимфоцитов, билирубина общего, билирубина прямого, калия, приемом алкоголя в анамнезе. ( $p < 0,05$ ).

2. У пациентов с циррозом печени наблюдаются функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, проявляющиеся в снижении систолического ( $p = 0,041$ ) и диастолического ( $p = 0,024$ ) давления.

УДК 616.36-004-071/074

## АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Кадол Е. П.

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева, ассистент И. Л. Мамченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Цирроз печени — хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся функциональной недостаточностью печени и портальной гипертензией. Клинические проявления цирроза печени (ЦП) чрезвычайно многообразны. В течение многих лет и даже десятилетий может оставаться абсолютно бессимптомным и впервые проявляться

осложнениями, например, кровотечениями из варикозных вен пищевода. Примерно у 20 % пациентов диагноз ЦП первично устанавливается посмертно на аутопсии. Диагноз устанавливается на основании данных клинического обследования, результатов лабораторных анализов и инструментальных методов обследования [1, 2, 3].

#### **Цель**

Анализ клинико-лабораторных изменений у пациентов с ЦП.

#### **Материал и методы исследования**

В ходе работы был проведен анализ 30 историй болезни пациентов с ЦП, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Гомельской городской клинической больницы № 3 г. Гомель в 2019–2020 гг. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 10.0 и «MEDCALC Software».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Комплексный анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных является обязательным критерием алгоритма ведения пациентов с заболеваниями печени. Был проведен анализ клинико-лабораторных данных, в ходе которого все пациенты были разделены на классы в соответствии с классификацией Чайлд-Пью.

Класс тяжести А наблюдался у 9 (30 %) пациентов. Класс тяжести В был у 13 (43 %) пациентов, класс С — 8 (27 %) человек.

Биохимический анализ крови исследуемых пациентов характеризовался наличием цитолитического синдрома, синдрома холестаза и синдрома печеночно-клеточной недостаточности. Уровень аланинаминотрансферазы (АлАТ) в первой группе был в пределах нормы, среднее значение  $38,1 \pm 26,9$ . Пациенты второй группы имели показатели  $64,8 \pm 50,2$ . У пациентов класса тяжести С средние значения АлАТ составили  $74,8 \pm 62,2$ .

Уровень аспаратаминотрансферазы (АсАТ) в первой группе был в пределах нормы, средние значения составили  $42,2 \pm 17,8$ . Показатели у пациентов второй и третьей группы составляли  $81,6 \pm 75,4$  и  $115,8 \pm 58,2$  соответственно.

При оценке уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) пациенты с классом тяжести А имели средние значения  $235,1 \pm 33,9$ . Во второй исследуемой группе средние значения составили  $340,3 \pm 83,7$ , третьей —  $403,5 \pm 71,5$ .

Уровень общего билирубина у пациентов с классом тяжести А составил  $29,8 \pm 16,2$ . Средние значения во второй группе составили  $62,1 \pm 87,9$ . У пациентов с классом тяжести С —  $211 \pm 48$ . Средние значения альбумина среди исследуемых групп составили  $38,8 \pm 9,2$  и  $34,6 \pm 7,4$  в первой и второй группах соответственно, в третьей группе уровень составил  $33,7 \pm 8,3$ . Изменение показателей свидетельствует о развитии цитолиза у исследуемых пациентов.

У пациентов первой группы уровень ПТИ составил  $0,72 \pm 0,2$ , что находится в пределах нормы. Средние значения  $0,62 \pm 0,2$  наблюдались у пациентов с классом тяжести В. У пациентов третьей группы уровень ПТИ составил  $0,61 \pm 0,22$ , что может свидетельствовать о некрозе печеночной ткани. Средний уровень ГГТП у пациентов первой группы составил  $91,2 \pm 38$ ; второй и третьей группе  $157,6 \pm 83$  и  $403,6 \pm 64$  соответственно. Повышение данных показателей свидетельствует о наличии синдрома холестаза у пациентов исследуемых групп (таблица 1).

При анализе клинической картины пациентов, страдающих ЦП, у всей группы обследуемых — 30 (100 %) пациентов отмечалась боль ноющего характера в правом подреберье, горечь и сухость во рту, а также снижение аппетита и слабость. У 21 (70 %) пациентов отмечалась пальмарная эритема и сосудистые звездочки. У 6 (20 %) пациентов наблюдались признаки портальной гипертензии — асцит, «голова медузы» на передней брюшной стенке. У 18 (60 %) пациентов наблюдалась желтушность склер и кожных покровов.

Таблица 1 — Особенности результатов биохимического исследования у пациентов с ЦП

Биохимические показатели	Класс А	Класс В	Класс С
АлАТ, ед/л	38,1 ± 26,9	64,8 ± 50,2	74,8 ± 62,2
АсАТ, ед/л	42,2 ± 17,8	81,6 ± 75,4	115,8 ± 58,2
Щелочная фосфатаза, ед/л	235,1 ± 33,9	340,3 ± 83,7	403,5 ± 71,5
Общий билирубин, мкмоль/л	29,8 ± 16,2	62,1 ± 87,9	211 ± 48
Альбумин, г/л	38,8 ± 9,2	34,6 ± 7,4	33,7 ± 8,3
Протромбиновый индекс	0,72 ± 0,2	0,62 ± 0,2	0,61 ± 0,22
Гамма-глутамилтрансфераза, ед/л	91,2 ± 38	157,6 ± 83	403,6 ± 66

При анализе ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости было отмечено, что неоднородная эхоструктура печени, а также сужение и извитой ход печеночных вен наблюдались в 100 % случаев (30 пациентов).

#### **Выводы**

У пациентов с ЦП наблюдаются синдромы цитолиза, холестаза и печеночно-клеточной недостаточности. При этом степень выраженности нарушений коррелирует с классом тяжести по Чайлд-Пью. Об этом свидетельствуют повышение уровней биохимических показателей от субнормальных величин (в группе пациентов с классом А) до значительных отклонений от нормы. По данным клинической картины все пациенты имели боль в правом подреберье, сухость и горечь во рту. У 21 (70 %) пациента отмечались пальмарная эритема и сосудистые звездочки, у 18 (60 %) пациентов — желтушность склер и кожных покровов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — С. 248–250.
2. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — С. 50–52.

УДК 616.13-004.6-074:546.41

## **КОРОНАРНЫЙ КАЛЬЦИЙ В КАЧЕСТВЕ ИНДИКАТОРНОГО МЕТОДА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ**

*Касабуцкий В. В., Ланицкий Н. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В настоящее время в большинстве развитых стран мира сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности населения. Раннее выявление поражения коронарных сосудов до появления клиники является ведущим направлением превентивной клинической медицины. Люди, страдающие атеросклерозом, подвержены высокому риску развития острого коронарного синдрома, ишемической кардиомиопатии, артериальной гипертензии, острого и хронического нарушения мозгового кровообращения, облитерирующего поражения артерий других локализаций, нуждаются в раннем выявлении с оказанием помощи до развития тяжелых, ухудшающих трудоспособность и качество жизни, клинических проявлений.

#### **Цель**

Установить возможность корреляции между коронарным индексом и степенью распространения атеросклеротического процесса в организме.

### Материал и методы исследования

Проанализировано 1200 историй болезней пациентов с атеросклерозом разных локализаций (с обязательным поражением коронарных артерий), находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гомельском областном клиническом кардиологическом центре» в период с 2016 по 2019 гг., из которых было отобрано 213 историй по критерию наличия исследования КЛКИ. Средний возраст пациентов составил М среди мужского пола и Ж среди женского. При исследовании учитывались следующие методы диагностики: КТКИ, УЗИ брахиоцефальных артерий, УЗИ артерий почек, УЗИ сосудов нижних конечностей, ангиокардиография и операции по восстановлению проходимости коронарных артерий.

### Результаты исследования и их обсуждению

В нашем исследовании количество пациентов в возрасте от 31–40 составило 3,3 %, от 41–50 — 17,8 %, от 51–60 — 30,9 %, от 61–70 — 36,2 %, от 71–80 — 8,9 %. В результате исследования мы пришли к тому, что наиболее подверженными атеросклеротическому поражению сосудов являются люди в возрасте от 50 до 70 лет, что в сумме составляет 67,1 %. Из них женщин — 63,6 %, мужчин — 36,4 %. Наиболее информативным в исследовании патологии, сопутствующей атеросклерозу коронарных сосудов, оказалось УЗИ брахиоцефальных артерий — 12,2 %, среди них мужчин — 3,8 %, женщин — 8,4 %.

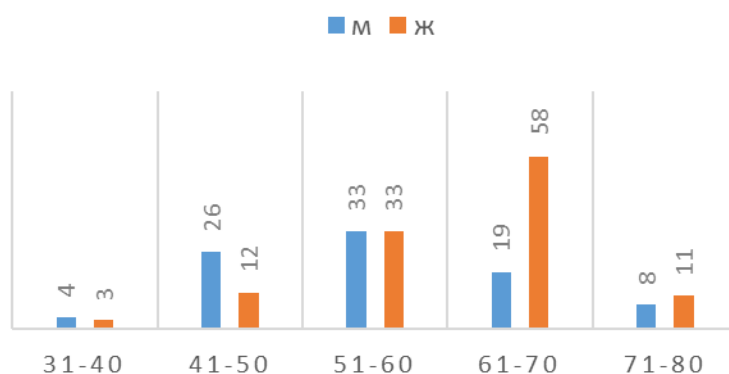


Рисунок 1 — Возрастное распределение анализируемых пациентов

	М	Ж
31–40		
КТКИ	2,2 %	0
КТКИ+	0	0
41–50		
КТКИ	7,7 %	0,9 %
КТКИ+	2,2 %	0,9 %
51–60		
КТКИ	14,3 %	5,1 %
КТКИ+	6,6 %	5,1 %
61–70		
КТКИ	7,7 %	10,3 %
КТКИ+	4,4 %	12,8 %
71–80		
КТКИ	5,5 %	2,6 %
КТКИ+	1,1 %	1,7 %

Рисунок 2 — Возрастное распределение с учетом дополнительных исследований

### **Выводы**

В нашем исследовании мы выявили корреляцию между высоким коронарным индексом и частотой выявления дополнительных внекоронарных очагов атеросклеротического поражения. При этом было установлено, что в возрастной группе от 61 до 80, количество женщин с атеросклеротическими поражениями коронарных сосудов больше, чем мужчин. В то время, как в возрастной группе от 31 до 50 лет с поражением коронарных сосудов преобладают мужчины. При этом наиболее часто выявляемым дополнительным очагом атеросклеротического поражения являются брахиоцефальные артерии (в группе женщин возраста от 61 до 70 лет).

**УДК 616.17-073.7:616.831-005**

## **ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*Ким К. М.*

**Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

### **Введение**

Цереброкardiaльный синдром (ЦКС) — комплекс кардиальных нарушений, развивающихся на фоне острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) и других заболеваний центральной нервной системы (ЦНС). В патогенетической картине ЦКС в первую очередь следует выделить катехоламиновую цитотоксичность. Ввиду нарушения вегетативной регуляции при ОНМК увеличивается выделение адреналина и норадреналина из пресинаптических терминалей нервных волокон [1]. В клинических исследованиях почти у всех обследованных лиц с ОНМК наблюдалось увеличение содержания в крови норадреналина в 2,4 раза и адреналина в 2 раза. Наибольшие концентрации адреналина и норадреналина были зарегистрированы в течение первых трех суток после дебюта заболевания и постепенно снижались к 40-му дню. Наблюдалась корреляция между концентрацией катехоламинов и выраженностью отклонений на ЭКГ [2]. Среди ЭКГ-феноменов при ЦКС можно выделить: изменение сегмента ST с возможным его подъемом, появление высоких зубцов T или их снижение ниже изолинии; появление или увеличение зубца U или его слияние с зубцом T; увеличение интервала QT выше нормальных показателей; поворот электрической оси сердца влево; высокие волны R; появление J-волн [1].

### **Цель**

Проанализировать изменения на ЭКГ у пациентов с ОНМК.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы данные 123 историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» с диагнозом ОНМК. Критерием исключения был перенесенный ранее инфаркт миокарда в анамнезе. Всем пациентам была выполнена компьютерная томография для верификации диагноза.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из них 50,4 % исследуемых — мужчины (62 пациента), 49,6 % — женщины (61 пациент). Средний возраст составил 68,9 лет. У 97 (78,9 %) пациентов был зарегистриро-

ван инфаркт головного мозга в каротидном бассейне, у 26 (21,1 %) пациентов был зарегистрирован инфаркт головного мозга в вертебро-базиллярном бассейне головного мозга.

У 103 (83,7 %) пациентов наблюдались изменения на ЭКГ. Женщины составляли 45,6 % (47 пациентов), мужчины — 54,4 % (56 пациентов). Средний возраст составил 70,9 лет.

У 27 (26,2 %) пациентов наблюдалась депрессия сегмента ST, у 8 (7,8 %) пациентов наблюдались отрицательные зубцы T, у 25 (24,3 %) пациентов наблюдались высокие «коронарные» зубцы T, сглаженные зубцы T у 14 (13,6 %) пациентов.

Элевация сегмента ST (без патологического зубца Q) выше изолинии на 1 мм в отведениях I–III, aVF, aVL, aVF и более 2 мм в грудных отведениях наблюдалось у 7 (6,8 %) пациентов. Также отмечается появление реципрокных изменений в противоположных отведениях.

Элевация сегмента ST с патологическим зубцом Q (более ¼ зубца R) зарегистрировано у 25 (24,3 %) пациентов. Из них поднятие сегмента ST с патологическим зубцом Q в двух смежных отведениях наблюдалось у 8 (7,8 %) пациентов, в трех смежных отведениях — у 6 (5,8 %) пациентов, в четырех смежных отведениях — у 6 (5,8 %) пациентов, в пяти смежных отведениях — у 4 (3,9 %) пациентов, в шести смежных отведениях — у 1 (1 %) пациента.

### **Выводы**

У 83,7 % пациентов (45,6 % женщин и 54,4 % мужчин) с острым нарушением мозгового кровообращения выявлены изменения на ЭКГ в виде депрессии сегмента ST (26,2 %), элевации сегмента ST с патологическим зубцом Q (24,3 %), элевации сегмента ST без патологического зубца Q (6,8 %), высокий «коронарный» зубец T (24,3 %), сглаженный зубец T (13,6 %), отрицательный зубец T (7,8 %).

Высокая распространенность изменений на ЭКГ у пациентов с ОНМК говорят о необходимости проведения дополнительных исследований (определение кардиоспецифических маркеров некроза миокарда, эхокардиографии) с целью своевременной диагностики инфаркта миокарда, особенно при атипичном течении заболевания и стертой клинической картине.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Басанцова, Н. Ю. Цереброкardiaльный синдром и его особенности у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения / Н. Ю. Басанцова, А. Н. Шишкин, Л. М. Тибеккина // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2017. — Т. 12. Вып. 1. — С. 31–47.
2. Akil, E. Identifying autonomic nervous system dysfunction in acute cerebrovascular attack by assessments of heart rate variability and catecholamine levels / E. Akil, Y. Tamam, M. A. Akil // J. of Neurosciences in Rural Practice. — 2015. — Vol. 6, № 2. — P. 145–150.

**УДК 616.831-005:612.398.12**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*Козлова К. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

### **Введение**

Под термином «цереброкardiaльный синдром» (ЦКС) понимают комплекс кардиальных нарушений, развивающихся на фоне острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и других заболеваний центральной нервной системы (ЦНС). По дан-

ным ряда исследований, ЦКС встречается в 78 % при геморрагическом инсульте, в 15–51 % — при ишемическом инсульте [1]. В развитии кардиальной патологии при ОНМК особое значение придается нарушениям функции надсегментарного и сегментарного отделов вегетативной нервной системы (ВНС), а также нейрогуморальному звену (выброс симпатических нейромедиаторов, повышение в плазме крови уровня норадреналина, провоспалительных факторов, сывороточных ферментов), нарушениям электролитного баланса, активации внутрисосудистого тромбообразования и др. [2].

**Цель**

Проанализировать уровень сывороточных маркеров некроза миокарда у пациентов с ОНМК.

**Материал и методы исследования**

Всего проанализировано 13 историй болезни пациентов с диагнозом ОНМК, находившихся на лечении в неврологическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной Войны». У всех пациентов был зарегистрирован инфаркт головного мозга в каротидном бассейне. Всем пациентам был выполнен биохимический анализ крови на содержание сывороточных ферментов: креатинфосфокиназы (КФК), ее миокардиальная фракция (КФК-МВ), тропонин (ТпI). Критерием исключения был перенесенный ранее инфаркт миокарда в анамнезе.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Среди исследуемых 46,2 % мужчин (6 человек), 53,8 % — женщины (7 человек). Средний возраст среди мужчин составил 61,6 лет, среди женщин — 67,4 лет.

Данные маркеров сывороточных ферментов у пациентов с ОНМК представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Маркеры сывороточных ферментов у пациентов с ОНМК

Сывороточные ферменты	Количество пациентов с повышенным содержанием сывороточных ферментов		Количество пациентов с нормальным содержанием сывороточных ферментов	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Креатинфосфокиназа (КФК) (норма 0–171 ЕД/л)	3 (23,1 %)	3 (23,1 %)	3 (53,8 %)	4 (30,8 %)
Миокардиальная фракция КФК (КФК-МВ) (норма до 24 ЕД/л)	3 (23,1 %)	6 (46,1 %)	3 (23,1 %)	1 (7,7 %)
Тропонин I (Тп) (норма 0–0,1 нг/мл)	0 (0 %)	1 (7,7 %)	6 (46,2 %)	6 (46,2 %)

Повышение уровня КФК выявлено у 23,1 % мужчин и 23,1 % женщин, повышение МВ-КФК у 23,1 % мужчин и 46,1 % женщин, повышение Тп I у 7,7 % женщин.

**Выводы**

Увеличение концентрации сывороточных маркеров повреждения миокарда зарегистрировано в 77 % от общего количества исследуемых пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Повышение кардиоспецифических ферментов у пациентов с ОНМК среди мужчин отмечалось в 23,1 % случаев, среди женщин — в 53,8 % случаев.

Повышение концентрации сывороточных маркеров некроза миокарда у пациентов с ОНМК говорит о необходимости проведения дополнительных исследований с целью верификации диагноза инфаркта миокарда, особенно при атипичном течении заболевания и стертой клинической картине.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Басанцова, Н. Ю. Цереброкardiaльный синдром и его особенности у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения / Н. Ю. Басанцова, А. Н. Шишкин, Л. М. Тибекина // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2017. — Т. 12, Вып. 1. — С. 31–47.  
 2. Самохвалова, Е. В. Ишемический инсульт и вариабельность ритма сердца / Е. В. Самохвалова, Л. А. Гераскина, А. В. Фоякин // Креативная кардиология. — 2008. — Vol. 1. — С. 93–102.



УДК 616.36.004:616.15-07

**ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГРАММЫ И КОАГУЛОГРАММЫ  
У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Конюшенко А. А.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева; ассистент И. Л. Мамченко**

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

**Введение**

Анемия при циррозе печени (ЦП) — это наиболее частое и осложнение, проявляющееся уже на ранних стадиях ЦП, которая может быть обусловлена множеством причин, среди которых геморрагический синдром вследствие нарушения синтеза плазменных факторов свертывания крови на фоне печеночной недостаточности, угнетением костномозгового кроветворения ввиду повышения концентрации в крови токсинов, обезвреживание которых при ЦП замедляется [1, 2].

**Цель**

Оценить особенности гемограммы и коагулограммы у пациентов с ЦП в зависимости от класса тяжести по Чайлд-Пью.

**Материал и методы исследования**

В ходе работы был проведен анализ 30 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» г. Гомель в 2019–2020 гг. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Statistica» 10.0.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования все пациенты были разделены на классы тяжести по Чайлд-Пью: класс А — 9 (30 %) пациентов, класс В — 13 (43 %) пациентов, класс С — 8 (27 %) пациентов. Был оценен общий анализ крови (ОАК) пациентов по следующим критериям: уровень гемоглобина, уровень MCV, MCH, MCHC; уровень тромбоцитов в зависимости от класса тяжести по Чайлд-Пью. Также была проанализирована коагулограмма по критериям: протромбиновый индекс (ПТИ), фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) в зависимости от класса тяжести по Чайлд-Пью.

При оценке уровня гемоглобина у 4 (44 %) пациентов с классом тяжести А уровень гемоглобина ниже нормы среднее значение колеблется в пределах  $100 \pm 15$  г/л; у пациентов с классом тяжести В снижение гемоглобина по сравнению с нормальным отмечается у 8 (61,5 %) пациентов, среднее значение  $95 \pm 10$  г/л; у пациентов класса тяжести С у всех 8 (100 %) пациентов уровень гемоглобина ниже нормы, средние значения  $87,5 \pm 12$  г/л соответственно. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Уровень гемоглобина у пациентов с ЦП в зависимости от класса тяжести

Гемоглобин г/л					
Класс А		Класс В		Класс С	
120–140 (n = 5)	< 119 (n = 4)	120–140 (n = 5)	< 119 (n = 8)	120–140 (n = 0)	< 119 (n = 8)
$130 \pm 5$	$100 \pm 15$	$125 \pm 5$	$95 \pm 10$	—	$87,5 \pm 12$

В классах тяжести В и С наблюдаются изменения эритроцитарных показателей. У 3 (23 %) пациентов класса тяжести В увеличение MCV до  $109 \pm 2,32$  фл, MCHC — до  $37$  г/дл и у 5 (62,5 %) пациентов MCH до  $42,1 \pm 1$  пг. У 6 (72 %) пациентов с классом

тяжести С отмечается увеличение MCV до  $108,58 \pm 5$  фл, МСНС — до  $34,18 \pm 0,62$  г/дл и у 5 (62,5 %) пациентов МСН до  $31,18 \pm 0,75$  пг. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Эритроцитарные показатели у пациентов с ЦП в зависимости от класса тяжести

Показатель	Класс А		Класс В		Класс С	
	80–100 (n = 9)	>100	80–100 (n = 10)	>100 (n = 3)	80–100 (n = 2)	>100 (n = 6)
MCV, фл	$89,5 \pm 5$	—	$92 \pm 4,23$	$109 \pm 2,32$	$85,75 \pm 5,2$	$108,58 \pm 5$
	26–34 (n = 9)	>34	26–34 (n = 11)	>34 (n = 2)	26–34 (n = 5)	>34 (n = 3)
МСН, пг	$31,47 \pm 2,5$	—	$32,34 \pm 1,65$	$42,1 \pm 1$	$31,18 \pm 0,75$	$42,5 \pm 1,1$
	32–36 (n = 9)	>36	32–36 (n = 10)	>36 (n = 3)	32–36 (n = 6)	>36 (n = 2)
МСНС, г/дл	$34,28 \pm 1,1$	—	$35 \pm 1$	37	$34,18 \pm 0,62$	$37,1 \pm 0,5$

Анемия при классе тяжести А ЦП носит характер нормохромной нормоцитарной; при классе тяжести В анемия у 3 (37,5 %) пациентов макроцитарная гиперхромная, у 5 (62,5 %) пациентов анемия нормохромная нормоцитарная; у пациентов класса тяжести С у 3 (37,5 %) пациентов анемия макроцитарная гиперхромная, у 3 (37,5 %) пациентов — макроцитарная нормохромная, 2 (25 %) пациентов — нормоцитарная нормохромная.

Также у пациентов наблюдаются изменения со стороны свертывающей системы крови. С увеличением класса тяжести отмечается увеличение количества пациентов с тромбоцитопенией: в классе А 3 (33 %) пациента среднее значение  $135 \pm 5 \times 10^9/\text{л}$ ; в классе В — 8 (61,5 %) пациентов, среднее значение  $102 \pm 21 \times 10^9/\text{л}$ ; в классе С — 5 (64 %) пациентов, среднее значение  $195 \pm 15 \times 10^9/\text{л}$ . Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Уровень тромбоцитов в исследуемой группе в зависимости от класса тяжести ЦП

Тромбоциты					
Класс А		Класс В		Класс С	
ниже $150 \times 10^9/\text{л}$ (n = 3)	$150-450 \times 10^9/\text{л}$ (n = 6)	ниже $150 \times 10^9/\text{л}$ (n = 8)	$150-450 \times 10^9/\text{л}$ (n = 5)	ниже $150 \times 10^9/\text{л}$ (n = 5)	$150-450 \times 10^9/\text{л}$ (n = 3)
$135 \pm 5$	$258 \pm 12$	$102 \pm 21$	$200 \pm 25$	$98 \pm 10$	$195 \pm 15$

При оценке коагулограммы были отмечены изменения в классах тяжести В и С. В классе В у 3 (23 %) пациентов отмечается снижение уровня ПТИ и повышение АЧТВ, средние значения  $0,74'' \pm 0,3$  и  $37,75'' \pm 2,45$  соответственно. В классе С у 6 (75 %) пациентов отмечается снижение уровня ПТИ и повышение АЧТВ, средние значения  $0,546'' \pm 0,3$  и  $29,03'' \pm 0,1$  соответственно. Уровень фибриногена во всех группах был в пределах нормы, средний уровень фибриногена у пациентов с классом тяжести А  $2,71 \pm 0,3$  г/л; с классом тяжести В —  $2,45 \pm 0,12$  г/л; классом тяжести С —  $2,5 \pm 0,21$  г/л. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Изменения в коагулограмме у пациентов с ЦП в зависимости от класса тяжести

Показатель	Класс А		Класс В		Класс С	
	<0,7'' (n = 9)	0,7''–1,1'' (n = 0)	<0,7'' (n = 3)	0,7''–1,1'' (n = 10)	<0,7'' (n = 6)	0,7''–1,1'' (n = 2)
ПТИ	$0,72 \pm 0,2$	—	$0,59 \pm 0,4$	$0,74 \pm 0,3$	$0,546 \pm 0,3$	$0,75 \pm 0,2$
	24''–32'' (n = 9)	> 34'' (n = 0)	24''–32'' (n = 10)	> 34'' (n = 3)	24''–32'' (n = 2)	> 34'' (n = 6)
АЧТВ	$30,93 \pm 2,1$	—	$29,83 \pm 1,75$	$37,75 \pm 2,45$	$29,03 \pm 0,1$	$43,48 \pm 0,21$

### Выводы

У пациентов с ЦП с прогрессией класса тяжести отмечается тенденция к увеличению количества пациентов с анемией. Изменения эритроцитарных показателей свиде-

тельствует о том, что у 55 % пациентов анемия носит характер нормоцитарной нормохромной, у 30 % — макроцитарной гиперхромной, у 15 % — макроцитарной нормохромной. Гипокоагуляция, которая наиболее выражена у пациентов класса тяжести С, обусловлена нарушением нормального функционирования гепатоцитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 332 с.
2. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.

УДК 616-08-07

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ СТАТИНАМИ БОЛЬНЫХ  
СО СТЕНОКАРДИЕЙ, ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ**

*Коржова И. Ю., Иванкова К. А., Абдурашидова З. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Замяткина**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

***Введение***

Известно, что снижение уровня холестерина и липопротеидов низкой плотности напрямую коррелирует со снижением количества атеросклеротических заболеваний сердечно-сосудистой системы. Клинические исследования показали, что низкие значения этих показателей, полученных в результате терапии, являются клинически безопасными [5]. На сегодняшний день статины являются препаратами выбора с доказанной способностью снижать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Они по праву занимают одно из ключевых мест в международных клинических рекомендациях по лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, так как способны улучшать прогноз как у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и с высоким риском их развития [1–4].

***Цель***

Выявление приверженности к лечению статинами у больных с хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС): стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом.

***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось в отделениях кардиологии и терапии ОБУЗ «Курской городской больницы скорой медицинской помощи» и ОБУЗ «Курской областной клинической больницы». Было проведено анкетирование 100 респондентов, госпитализированных в связи с прогрессированием стенокардии после стабилизации их состояния. Анкета была разработана на кафедре терапии № 2, в нее были включены вопросы об информированности пациента о тяжести собственного заболевания, вредных привычках, его отношении к изменению образа жизни, лечению гиполипидемической терапии для коррекции состояния своего здоровья, а также были включены вопросы о знании развития возможных побочных эффектах при приеме статинов, таких как бессонница, головная боль, амблиопия, глаукома, гастралгии, запоры или диареи, поражение со стороны печени и т. д.

***Результаты исследования и их обсуждения***

Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа — пациенты среднего возраста, 26 человек от 40 до 60 лет, 2-я группа — 74 пациента пожилого и старческого возраста —

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.

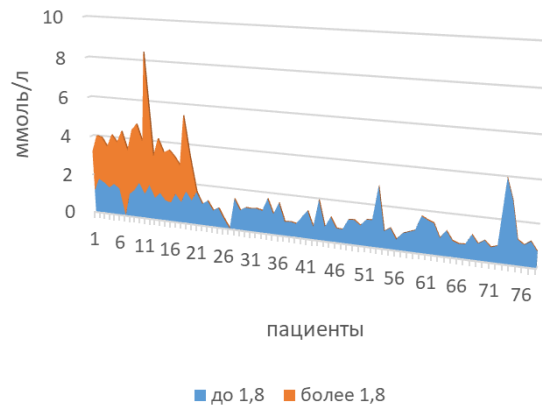


Рисунок 1 — Уровень триглицеридов

### 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».

### Результаты исследования и их обсуждение

На стационарном лечении по поводу язвы желудка и (или) 12-перстной кишки за период 2019 г. находилось 127 пациентов (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение заболеваемости язвой желудка и (или) 12-перстной кишки по возрастным группам

Возрастная группа	Количество пациентов	%
Молодой возраст (18–44 года)	94 человека	74
Средний возраст (45–59 лет)	11 человек	8,66
Пожилой возраст (60–74 года)	19 человек	14,96
Старческий возраст (75–90 лет)	3 человека	2,38

Средний возраст пациентов с язвой желудка и (или) 12-перстной кишки составил  $45,5 \pm 16,46$ .

Большинство случаев заболевания регистрировалось у пациентов мужского пола и составило 103 (81,1 %) случая, среди женщин отмечалось у 24 (18,9 %) пациентов (рисунок 1).

Проанализировав истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 3 отделения гастроэнтерологии, выявлено, что хроническая форма язвы желудка и (или) 12-перстной кишки отмечалась у 103 (81,1 %) пациентов, частота впервые выявленных случаев — 24 (18,9 %). Язвенный дефект чаще всего располагался в области луковицы двенадцатиперстной кишки — 108 (85,04 %), а в остальных 19 (14,96 %) случаях локализовался в различных отделах желудка.

У большинства пациентов, более 70 %, в анамнезе имелись указания на сопутствующие заболевания, такие как: хронический гастрит — 53 (59,89 %), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — 10 (11,11 %), синдром Жильбера — 7 (7,78 %), другая сопутствующая патология составила 22 (21,22 %) случая (рисунок 2).

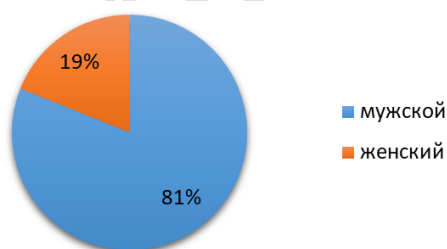


Рисунок 1 — Оценка заболеваемости по половым особенностям

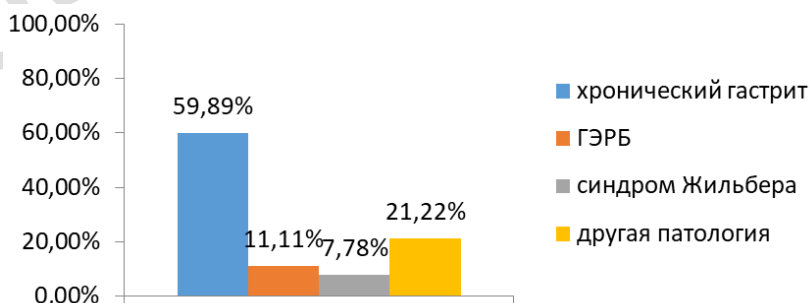


Рисунок 2 — Процент наиболее часто встречающейся сопутствующей патологии

Осложненное течение язвы желудка и (или) 12-перстной кишки наблюдалось в 5,51 % случаях, из которых на долю кровотечений приходится 6 (4,72 %) случаев, серозно-фибринозный перитонит зафиксирован у 1 (0,79 %) пациента.

Проанализировав 127 пациентов, было зарегистрировано, что пик заболеваемости язвой желудка и (или) 12-перстной кишки приходится на весенне-осенний период. На зиму приходится — 17,32 %, весну — 26,77 %, осень — 37,8 %, лето — 18,11 %.

Длительность нахождения в стационаре пациентов колебалась от 1 до 35 дней, в среднем —  $7 \pm 5$  дней.

**Выводы**

1. Рост заболеваемости отмечен в осенне-весенний период.
2. Средний возраст пациентов с язвой желудка и (или) 12-перстной кишки составил  $45,5 \pm 16,46$  лет, в гендерной структуре отмечается преобладание пациентов мужского пола.
3. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречаются хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром Жильбера.
4. Небольшой процент выявленных осложнений обусловлен эффективностью медикаментозного лечения, а также терапевтическим профилем отделения.

УДК 616.153.455-008.61/.64:616.379-008.64

**ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВАРИАбельНОСТИ ГЛИКЕМИИ  
У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Красовская Д. В.*

Научные руководители: к.м.н., доцент *Е. С. Махлина*;  
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

**Введение**

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) занимает ведущее место в снижении качества жизни и формировании ранней инвалидизации среди населения. Адекватный контроль гликемии является ведущим фактором в профилактике развития осложнений СД [1]. Критериями компенсации СД являются целевые индивидуализированные значения гликированного гемоглобина (HbA1c), а также уровень гликемии натощак и после еды. По данным клинических исследований вариабельность гликемии (ВГ) может быть независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СД 2. Так диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) является одним из признаков нарушения сердечной деятельности при СД 2. Одной из причин смерти у пациентов с СД 2 — желудочковые нарушения ритма (обусловленные удлинением интервала QT), спровоцированные высокой ВГ [2].

**Цель**

Определить встречаемость и факторы риска высокой вариабельности гликемии у пациентов с СД 2 и оценить влияние вариабельности гликемии на электрофизиологические и структурно-функциональные показатели сердца.

**Материал и методы исследования**

В исследование включены 92 пациента с СД 2 (21 (22,83 %) мужчин, 71 (77,17 %) женщины). Средний возраст пациентов  $63 \pm 6,5$  года со средним стажем СД 2 15 лет и избыточной массой тела (медиана ИМТ  $33 \text{ кг/м}^2$ ). Из сопутствующих заболеваний были диагностированы артериальная гипертензия в 96 % случаев и ишемическая болезнь сердца в 63 % случаев. Сахароснижающая терапия (ССТ) включала прием пероральных сахароснижающих препаратов (ССП) (группа сульфонилмочевины и бугуанидов), базис-болюсную инсулинотерапию или комбинация пероральных ССП с инсулином. Вы-



полнили электрокардиографию (ЭКГ) в 12 отведениях (25 мм/с) с выделением скорректированного интервала QT (QTc) (среднее значение  $422 \text{ мс} \pm 16$ , эхокардиографию с определением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ, гр.) и систолической функции ЛЖ (ФВ, %). При оценке диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ) анализировали показатели трансмитрального диастолического потока в раннюю и позднюю диастолу (Е, А, м/с), соотношение Е/А. Уровень HbA1c определен в соответствии стандартам NGSP. Для оценки ВГ определяли: стандартное отклонение (SD), характеризующее степень дисперсии значений гликемии; коэффициент вариации (CV, %) показывающий, процент от среднего значения гликемии составляет SD; MAGE — средняя амплитуда колебаний гликемии, определяемая как средне-арифметическое значений колебаний гликемии, выходящих за пределы SD. Статистическая обработка выполнена с помощью программы «Statistica». Критерия статистической достоверной значимости — уровень  $p < 0,05$ . Средние величины представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й и 75-й перцентили). CV оценивают:  $CV > 20 \%$  — сильное разнообразие вариационного ряда;  $CV 10\text{--}20 \%$  — среднее разнообразие;  $CV < 10 \%$  — слабое разнообразие. Пациенты были стратифицированы на 3 группы в зависимости от схемы ССТ. Первую группу составили пациенты, получающие инсулинотерапию ( $n = 27$ ), 2-ю группу — пациенты, принимающие пероральные ССП ( $n = 32$ ), и 3-ю группу — пациенты, получающие комбинацию пероральных ССП с инсулином ( $n = 33$ ).

#### Результаты исследования и их обсуждение

Характеристика групп с учетом схемы сахароснижающей терапии представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика групп с учетом схемы сахароснижающей терапии

Показатель	1-я группа, n = 27	2-я группа, n = 32	3-я группа, n = 33
Возраст, лет	64,00 [56,00; 70,00]	63,00 [55,50; 66,00]	62,00 [57,00; 69,00]
Стаж, лет	17,00 [12,00; 20,00]*	10,00 [5,00; 14,00]^	14,00 [10,00; 18,00]
ИТМ кг/м <sup>2</sup>	29,05 [26,67; 34,00]*	32,99 [29,35; 39,65]	35,94 [30,86; 41,00]#
HbA1c, %	8,10 [7,50; 9,50]	8,00 [6,10; 8,70]^	8,60 [7,80; 9,60]#
Амплитуда колебаний, ммоль/л	4,80 [3,70; 6,30]*	3,15 [2,30; 4,20]^	4,90 [3,40; 6,50]#
CV, %	31,80 [22,90; 36,00]	22,85 [16,90; 28,40]^	26,70 [24,10; 30,60]
SD, σ	2,39 [1,86; 3,11]*	1,58 [1,15; 2,11]^	2,44 [1,70; 3,23]
MAGE, ммоль	8,83 [7,67; 10,17]	7,49 [6,23; 8,42]^	8,50 [7,76; 10,15]
ФВ, %	69,50 [66,00; 75,00]	68,00 [63,50; 70,00]	69,00 [63,00; 71,00]
Е/А	0,86 [0,69; 1,15]	0,80 [0,66; 1,13]	0,78 [0,70; 1,05]
ММЛЖ, гр.	214,00 [176,00; 278,00]	206,00 [170,00; 288,00]	228,50 [197,00; 264,50]
QTc, мс	434,00 [421,00; 443,00]*	419,00 [398,00; 428,00]	420,00 [403,00; 436,00]

Примечания: \* — различие между 1-й и 2-й группами статистически значимо ( $p < 0,05$ ); ^ — различие между 2-й и 3-й группами статистически значимо ( $p < 0,05$ ); # — различие между 1-й и 3-й группами статистически значимо ( $p < 0,05$ );

При проведении сравнительного анализа было отмечено, что у пациентов, находящихся на инсулинотерапии, более длительный стаж СД2 и меньшее значение ИМТ, в отличие от 2-й и 3-й группы с менее длительным стажем СД2 и ИМТ соответствующему ожирению. По уровню гликемии наименьшие значения отмечены во 2-й группе, а максимальные значения в 3-й группе, что согласуется с уровнем HbA1c. Показатель CV  $> 20 \%$  отмечен у 84 % пациентов в 3-й группе, у 81 % в 1-й группе и 44 % во 2-й группе. Наименьшее значение вариабельности были в группе пациентов принимающих пероральные ССП (22,85 [16,90; 28,40])  $p < 0,05$ . Медиана CV 31,80 % в 1-й группе соответствует выраженному разнообразию ряда в сравнении со 2-й и 3-й группами ( $p < 0,05$ ). В 1-й группе отмечены тенденции синдрома удлиненного QT (434,00 [421,00;

443,00]) в сравнении с 2-й и 3-й группой ( $p < 0,05$ ). Достоверных отличий по ФВ, Е/А и ММЛЖ не было выявлено ( $p > 0,05$ ). Проводя сравнение соотношения Е/А между группами, с учетом схемы ССТ, у 67 % обследованных пациентов в 1-й группе, 75 % во 2-й группе и 70 % в 3-й группе отмечены признаки ДДЛЖ.

#### **Выводы**

У 84 (78 %) пациентов с СД 2 встречается высокая вариабельность гликемии, к ее предикторам относят: инсулинотерапия, стаж СД 2, ИМТ более 29,05 кг/м<sup>2</sup>, комбинация эпизодов гипо- и гипергликемий в течение суток. ВГ оказывает негативное влияние на продолжительность интервала QT, который также является ее предиктором. Независимо от схемы сахароснижающей терапии диастолическая дисфункция левого желудочка выявлена у основного процента пациентов. Из показателей определения вариабельности гликемии наиболее информативным является коэффициент вариации, в то время как гликированный гемоглобин не отражает в полной мере выраженность колебаний гликемии и наличие гипогликемий. Для адекватной оценки течения СД 2 необходимо использовать показатели гликированного гемоглобина и вариабельности гликемии совместно.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Temelkova-Kurktschiev, T. S.* Postchallenge plasma glucose and glycemc spikes are more strongly associated with atherosclerosis than fasting glucose or HbA1c level / T. S. Temelkova-Kurktschiev, C. Koehler, E. Henkel // *Diabetes Care*. — 2000. — № 23. — P. 1830–1834.
2. *Su, G.* Association of glycemc variability and the presence and severity of coronary artery disease in patients with type 2 diabetes / G. Su, S. Mi, H. Tao // *Cardiovasc. Diabetol.* — 2011. — № 10. — P. 19.

**УДК 616.12-008.313-053.81**

### **МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ**

*Кротенок К. С.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент С. А. Шут; ассистент О. В. Дарчия**

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

#### **Введение**

Малые аномалии сердца (МАС) — наследуемые или врожденные структурные отклонения от нормального анатомического строения клапанного аппарата сердца и/или его соединительнотканного каркаса, включая магистральные сосуды, органов, не связанные с анатомофизиологическими особенностями детского возраста, при определенных условиях приводящие к нарушению функции [1]. В большинстве случаев дисплазия соединительной ткани сердца представлена одиночными аномалиями (75,6 %), наибольший удельный вес приходится на аномальные (ложные) хорды (41,8 %) и пролабирование клапанов сердца (32,1 %) [2]. Значительный интерес для терапевтов и кардиологов представляют МАС у лиц молодого возраста в связи с возрастанием частоты их выявления. Помимо этого аритмический синдром часто является одним из первых клинических проявлений патологии сердечно-сосудистой системы в молодом возрасте [3]. Наличие МАС может усугублять течение основного заболевания и влиять на тактику лечения. Однако эти обстоятельства недостаточно учитываются в практической медицине, что обосновывает актуальность темы исследования.

#### **Цель**

Определить особенности фибрилляции предсердий (ФП) у молодых людей с малыми аномалиями сердца, а также методов восстановления ритма.

### Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 25 историй болезни пациентов младше 45 лет с диагнозом «пароксизмальная форма ФП», госпитализированных в У «ГОККЦ» в период с 2012 по 2019 гг. Анализ проводили с помощью «Microsoft Office Excel 2010» (электрокардиографического, эхокардиографического методов исследования, заключений специалистов и проводимого лечения). Статистически значимыми считались результаты при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

В исследование включены 25 пациентов (средний возраст  $37,12 \pm 7,29$  лет), госпитализированные в У «ГОККЦ», из них 5 (20 %) женщин средний возраст  $35 \pm 11,66$  лет и 20 (80 %) мужчин средний возраст  $37,48 \pm 6,45$  лет.

При анализе результатов эхокардиографического (ЭХОКГ) исследования МАС были выявлены в 15 (60 %) случаях, у 2 (8 %) пациентов описан врожденный порок развития — дефект межпредсердной перегородки (ДМПП).

Малые аномалии архитектоники сердца включали следующие варианты: пролапс митрального клапана (ПМК) 6 пациентов (24%), из них женщин (4 %) и мужчин (20 %); аномально расположенные хорды левого желудочка (АРХЛЖ) — 9 (36 %) пациентов, из них женщин (4 %) и мужчин (32 %). Отмечена ассоциация АРХЛЖ с ПМК у 1 (4 %) мужчины.

Всем пациентам было проведено фармакологическое и (или) электрическое восстановление синусового ритма. Данные результаты приведены на рисунке 1.

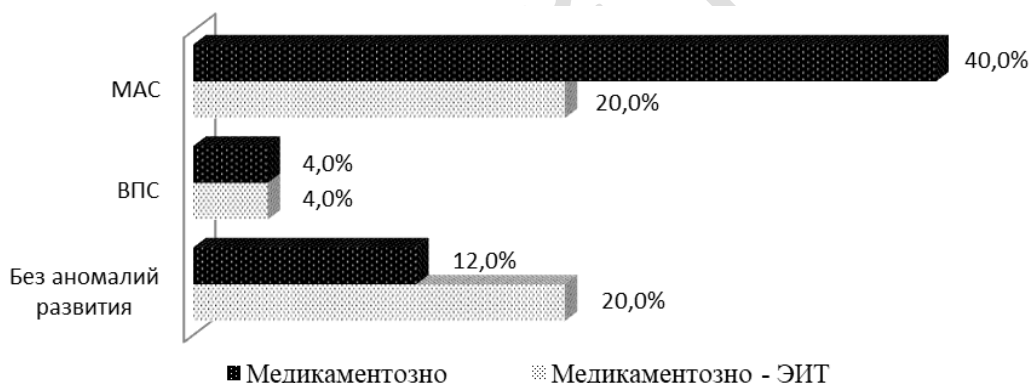


Рисунок 1 — Методы восстановления ритма у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий

Из приведенных данных следует, что у пациентов с выявленными МАС в 40 % наблюдалось восстановление ритма с помощью медикаментозной терапии, из них женщин (4 %) и мужчин (36 %); а у 20 % использовалась фармакологическая и электроимпульсная терапия (ЭИТ), из них женщин (4 %) и мужчин (16 %). С ДМПП восстановление синусового ритма медикаментозное и (или) ЭИТ распределилось по 4 %. У лиц ( $n = 8$ ) без обнаруженных МАС и ДМПП наблюдалось преобладание 20 % восстановления ритма при помощи медикаментозной и ЭИТ (женщин 4 %, мужчин 16 %), а только в 12 % достаточно оказалось фармакологической терапии (женщин 4 %, мужчин 8 %).

### Выводы

Выявлено, что реже в молодом возрасте (18–44 года) госпитализировали женщин (20 %) по сравнению с мужчинами (80 %). Определили, что МАС встречались в 60 % случаев у людей младше 45 лет. Отмечено, что МАС включали следующие варианты: ПМК — в 24 % и АРХЛЖ — 36 % случаев, а ассоциация АРХЛЖ с ПМК — в 4 %. При анализе восстановления синусового ритма (фармакологическое и (или) ЭИТ) статистически значимой разницы у пациентов с МАС не отмечено ( $p > 0,05$ ).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Трисветова, Е. Л.* Малые аномалии сердца (клиника, диагностика, экспертное значение у мужчин молодого возраста) / Е. Л. Трисветова. — Минск: ООО «Ковчег», 2005. — С. 9.
2. *Трисветова, Е. Л.* Частота, структурные (ультразвуковые) особенности и фенотип синдрома дисплазии соединительной ткани сердца / Е. Л. Трисветова, А. А. Бова, Т. А. Нехайчик // Достижения мед. Науки Беларуси. Вып. V. — Минск: БелЦНМИ, 2000. — С. 125.
3. *Трисветова, Е. Л.* Частота, структурные особенности малых аномалий сердца по данным ультразвукового исследования / Е. Л. Трисветова, А. А. Бова, Е. П. Леонов. — Минск: Ультразвук и функциональная диагностика, 2002. — С. 196.

УДК 616.12-008.313-053.81:577.125

**ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА  
У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

*Кротенок К. С., Ладик А. О.*

**Научные руководители: ассистент *О. В. Дарчия*; ассистент *С. П. Тишков***

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь,  
Федеральное государственное автономное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Российский национальный исследовательский медицинский университет  
имени Н. И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Москва, Российская Федерация**

***Введение***

Фибрилляция предсердий (ФП) считается самой распространенной клинически значимой аритмией, развитие которой взаимосвязано с прогрессивным структурно-функциональным, а также электрическим ремоделированием предсердного миокарда. Частота ФП по приблизительным подсчетам составляет 0,4 % от общей популяции и с возрастом увеличивается. Популяционные исследования выявили, что распространенность заболевания составляет менее 1 % у пациентов моложе 60 лет и более 6 % — старше 80 лет [1]. Одним из лабораторных показателей риска развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений при ФП является дислипидемия, что объясняет актуальность темы исследования.

***Цель***

Провести сравнительный анализ между показателями липидного спектра пациентов в возрасте младше и старше 45 лет.

***Материал и методы исследования***

Ретроспективно проанализировано 57 историй болезни пациентов, госпитализированных в У «ГОККЦ» в период с 2012 по 2019 гг. с диагнозом «пароксизмальная форма ФП». Статистический анализ полученных данных проводился с помощью «Microsoft Office Excel 2010» (пола, возраста, уровня общего холестерина (ХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ)).

***Результаты исследования и их обсуждение***

Проанализированы данные 57 историй болезни пациентов средний возраст  $46,2 \pm 9,73$  лет: 42 (73,7 %) мужчины и 15 (26,3 %) женщин. Пациентов ( $n = 57$ ) разделили на 2 группы: к 1-й группе относились пациенты от 18 до 45 лет, ко 2-й группе — 45 лет и старше. В 1-й группе: 20 (35 %) мужчин средний возраст  $37,48 \pm 6,45$  лет и 5 (8,8 %) женщин средний возраст  $35 \pm 11,66$  лет. Во 2-й группе: 23 (40,4 %) мужчины средний возраст  $52,83 \pm 2,98$  лет и 9 (15,8 %) женщин средний возраст  $54,44 \pm 4,22$  лет (таблица 1).

Таблица 1 — Сравнительный анализ липидного спектра пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий

Группа	Общий ХС, %		ХС ЛПНП, %			ТГ, %	
	<5,0	>5,0	<1,8	1,9–2,9	>3,0	<1,7	>1,7
1-я	18,4	20,4	2,2	22,2	17,8	27,1	12,5
2-я	26,5	34,7	11,1	15,6	31,1	40	24,4

Анализируя липидный спектр из таблицы 1 видно, что среди двух групп процентное соотношение распределилось следующим образом:

— во 2-й группе наблюдается преобладание повышенного уровня общего ХС более 5 ммоль/л в 34,7 % случаев, в отличие от 1-й группы в 20,4 %, при этом в двух оно составляет уже 55,1 %;

— в 1-й группе ХС ЛПНП выше 3,0 ммоль/л отмечен у 17,8 % пациентов, а во 2-й группе преобладает повышение уровня ХС ЛПНП выше 3,0 ммоль/л у 31,1 %, в двух — 58,9 %. При этом стремиться снизить ХС ЛПНП ближе к 1,8 ммоль/л необходимо в 1-й группе в 40 % случаев, а во 2-й группе — в 46,7 %, а общее количество двух групп составляет 86,7 %;

— ТГ в двух группах у большинства в пределах нормы — 67,1 %.

Определили данные липидного спектра у молодых пациентов в зависимости от пола (таблица 2).

Таблица 2 — Данные липидограммы 1-й исследуемой группы пациентов молодого возраста с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий

Пол	Общий ХС, %		ХС ЛПНП, %			ХС ЛПВП, %		ТГ, %	
	до 5	>5	<1,8	1,9-2,9	>3,0	муж <1	>1	до 1,71	>1,71
						жен <1,2	>1,2		
Мужской	26,3	47,4	—	36,8	36,8	21,0	52,6	47,4	26,3
Женский	21,0	5,3	5,3	15,8	5,3	15,8	10,6	21,0	5,3

Сопоставили результаты липидного спектра молодых лиц (18–44 года) в зависимости от гендерных особенностей. Процентное соотношение распределилось следующим образом:

— уровень общего ХС у молодых мужчин выше нормы в 47,4 %, тогда как у женщин в 5,3 % случаев соответственно от двух гендерных подгрупп;

— ХС ЛПНП у молодых мужчин выше 3,0 ммоль/л в 36,8 %, а у женщин в 5,3 % случаев соответственно от двух гендерных подгрупп;

— ХС ЛПВП у мужчин младше 45 лет ниже 1 ммоль/л в 21 %, а у женщин ниже 1,2 ммоль/л в 15,8 % случаев соответственно от двух гендерных подгрупп;

— уровень ТГ в молодых подгруппах ниже 1,71 ммоль/л: у мужчин в 47,4 %, а у женщин в 21 % случаев соответственно от двух гендерных подгрупп.

### Выводы

Определили, что среди пациентов (n = 57) реже госпитализировались женщины (26,3 %) с пароксизмальной формой ФП по сравнению с мужчинами (73,7 %). Данная тенденция прослеживается с молодого возраста (мужчин 80 %, женщин 20 % случаев). Среди лиц 18–44 лет нарушения в липидном спектре реже встречаются у женщин. Установили, что необходима коррекция нарушений липидного обмена пациентам с пароксизмальной формой ФП в любом возрасте младше и старше 45 лет.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни сердца: рук-во для врачей / под ред. Р. Г. Оганова, И. Г. Фоминой. — М.: Литтерра, 2006. — С. 745.

УДК 616.127-086:616.12-008.313.2-037

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ  
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА**

*Кругликова А. В.*

**Научный руководитель: старший преподаватель С. Г. Сейфидинова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Прямая хирургическая реваскуляризация миокарда в условиях искусственного кровообращения является «золотым стандартом» в лечении ишемической болезни сердца (ИБС). Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной аритмией после коронарного шунтирования (КШ) и возникает с частотой 5–40 %. Несмотря на развитие методик защиты миокарда, анестезии и хирургической техники частота развития этого осложнения у пациентов после операций на сердце не уменьшается. ФП повышает смертность, риск тромбоэмболических осложнений, значительно снижает качество жизни пациента, увеличивает срок госпитализации, она связана с увеличением случаев повторного поступления в отделение интенсивной терапии, увеличивает затраты на лечение, а также является предиктором развития таких осложнений, как инсульт, почечная недостаточность, сердечная недостаточность, сепсис.

Особенно актуальной становится проблема определения перечня прогностических параметров, позволяющих с высокой вероятностью относить пациентов к группе повышенного риска развития послеоперационной фибрилляции предсердий. К основным факторам риска ее возникновения относят пожилой возраст, мужской пол, наличие артериальной гипертензии, предшествующих пароксизмов ФП в анамнезе, застойной сердечной недостаточности и длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Дополнительными факторами риска остаются травма и ишемия миокарда, гипоксия, ацидоз, нарушение вегетативной регуляции, повышенная продукция катехоламинов, нарушение водно-электролитного баланса и послеоперационный перикардит [1].

***Цель***

Определить факторы риска развития ФП после хирургической реваскуляризации миокарда.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр», которым было выполнено КШ в условиях искусственного кровообращения, из них 58 мужчин и 6 женщин в возрасте от 39 до 78 лет ( $63,5 \pm 8,01$  года). Пациенты были разделены на 2 группы: у первой группы не развилась ФП после КШ, у второй группы была послеоперационная ФП. Послеоперационная ФП была выявлена у 30 (46,88 %) пациентов (34,28–59,77).

Исследование включало статистическую обработку с помощью программного обеспечения «Statistica» 13.0. Полученные данные были представлены в виде  $Me$  ( $Q_{25} - Q_{75}$ ); абсолютным числом ( $n$ ) и относительной величиной (%). Статистическую значимость определяли с помощью непараметрических критериев: Манна — Уитни ( $U$ ) — для количественных и критерия хи-квадрат ( $\chi^2$ ) — для качественных показателей. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение**

Общая характеристика исследуемых групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Общая характеристика исследуемых групп

Сравниваемый критерий	1 группа, n = 34	2 группа, n = 30	P
Возраст, лет	60 ± 8,2	65,5 ± 6,6	<u>0,004</u>
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	28 ± 2,7	28 ± 3,4	0,657
Курение, %	25,53 (10,75–41,17)	13,33 (3,76–30,72)	0,470
Инфаркт миокарда в анамнезе, %	76,47 (58,83–89,25)	70,00 (50,60–85,27)	0,763
АГ, %	94,12 (80,32–99,28)	83,33 (65,28–94,36)	0,888
Клапанная патология, %	38,24 (22,17–56,44)	56,67 (37,43–74,54)	0,221
Стадия ХСН	1 ± 0,54	2 ± 0,66	<u>0,012</u>
ФП в анамнезе, %	2,94 (0,07–15,33)	20,00 (7,71–38,57)	<u>0,030</u>
СД, %	20,59 (8,70–37,90)	16,67 (5,64–34,72)	0,936
Атеросклероз БЦА, %	79,41 (62,10–91,30)	73,33 (54,11–87,72)	0,782
ФВ ЛЖ, %	63 ± 11,9	63 ± 15,9	0,619
КСО, мл	40,5 ± 35,8	49,5 ± 45,2	0,336
КДО, мл	109,5 ± 45,9	123 ± 61,5	0,638
ПЗР ЛП, мм	40,0 ± 4,5	44 ± 7,2	<u>0,003</u>
ГЛЖ, %	47,06 (29,78–64,87)	43,33 (25,46–62,57)	0,962

*Примечания:* ИМТ — индекс массы тела; АГ — артериальная гипертензия; ХСН — хроническая сердечная недостаточность согласно классификации Н. Д. Стражеско, В. Х Василенко; СД — сахарный диабет; БЦА — брахиоцефальные артерии; ФВ ЛЖ — фракция выброса левого желудочка; КСО — конечно-систолический объем; КДО — конечно-диастолический объем; ПЗР ЛП — переднезадний размер левого предсердия; ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка.

Из вышеуказанных результатов исследования в группе с послеоперационными пароксизмами ФП определено превалирование возрастных пациентов ( $p = 0,004$ ) и объективно значительное преобладание более высокой стадии ХСН ( $p = 0,012$ ). По данным анамнеза у пациентов из 2-й группы намного чаще регистрировалась ФП ранее ( $p = 0,03$ ). Учитывая визуализирующий метод Эхо-КГ с оценкой переднезаднего размера ЛП, определяющего вероятность возникновения ФП, во 2-й группе пациентов преобладало превышение значений данного показателя ( $p = 0,003$ ).

Однако в нашем исследовании не обнаружено известных в литературе достоверных отличий в группах с ФП и без нее по половой принадлежности, степени артериальной гипертензии, степени поражения клапанного аппарата ( $p > 0,05$ ), что требует дальнейшего изучения.

**Выводы**

Таким образом, достоверными факторами риска возникновения послеоперационной ФП в нашем исследовании являлись возрастные пациенты ( $p = 0,004$ ), имеющие в анамнезе пароксизмы ФП ( $p = 0,03$ ), как правило, с более тяжелой сердечной недостаточностью ( $p = 0,03$ ) и по данным Эхо-КГ определено более выраженное увеличение размера ЛП ( $p = 0,003$ ).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Взаимосвязь syntax score и фибрилляции предсердий в раннем послеоперационном периоде у пациентов после изолированного коронарного шунтирования / В. В. Базылев [и др.] // CardioСоматика. — 2018. — № 1. — С. 5–9.

УДК 612.014.43

## ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЧИСЛО ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Кругликова А. В.*

Научный руководитель: ассистент *А. Е. Воропаева*

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

### **Введение**

Органы дыхания постоянно взаимодействуют с воздушной средой, от качества которой зависят патологические изменения в бронхолегочной системе, приводящие к росту общей заболеваемости болезнями легких. Важнейшее биотропное влияние на органы дыхания оказывают климатические условия. Поэтому целесообразно частоту развития острых респираторных заболеваний (ОРЗ) рассматривать в зимние месяцы, когда температура воздуха оказывает наибольшее негативное влияние на здоровье людей.

### **Цель**

Выяснить частоту развития ОРЗ в период максимального подъема заболеваемости за отчетные месяцы — январь-февраль 2019 и 2020 гг. и сравнить температурные показатели за данный период.

### **Материал и методы исследования**

Изучены статистические данные Гомельской центральной городской поликлиники (филиал № 3) по заболеваемости ОРЗ в периоды январь-февраль 2019 и 2020 гг. На сайте Gismeteo были взяты данные о температурном режиме в этот период.

Исследование включало статистическую обработку с помощью программного обеспечения «Statistica» 13.0 и интерпретацию полученных значений.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

За отчетный период (январь-февраль 2019 и 2020 гг.) количество заболевших ОРЗ составила (таблица 1).

Таблица 1 — Количество заболевших в 2019 и 2020 гг.

Отчетный период	Количество заболевших в 2019 г.	Количество заболевших в 2020 г.
Январь	608	609
Февраль	1431	937

Заболеваемость на 100 тыс. населения представлена на рисунке 1.

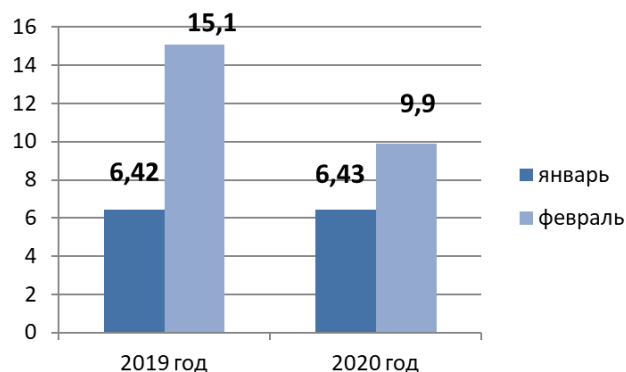


Рисунок 1 — Заболеваемость ОРЗ в филиале № 3 ГУЗ ГЦГП на 100 тыс. населения



Средняя температура за отчетный период представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Средняя температура в 2019 и 2020 гг.

Отчетный период	Средняя месячная температура в 2019 г.	Средняя месячная температура в 2020 г.
Январь	-3,923	1,696
Февраль	0,68	3,407

Зависимость между температурой и заболеваемостью ОРЗ в январе 2019 и 2020 гг. представлена на рисунке 2. В указанные месяцы статистически значимых различий не было выявлено ( $p = 0,977$ ).

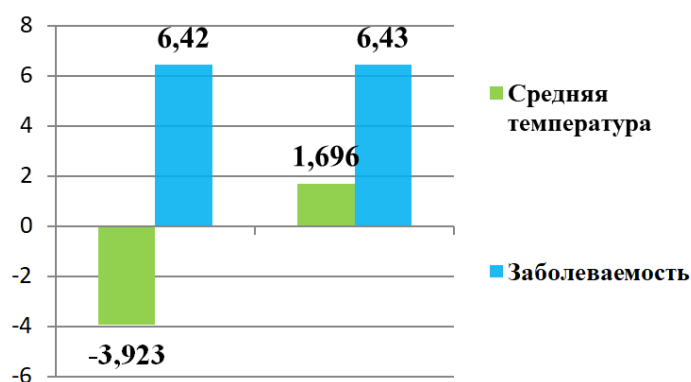


Рисунок 2 — Корреляция между средней температурой и заболеваемостью в январе 2019–2020 гг.

Зависимость между температурой и заболеваемостью ОРЗ в феврале 2019 и 2020 гг. представлена на рисунке 3. Были выявлены статистически значимые различия по заболеваемости ( $p < 0,05$ ).

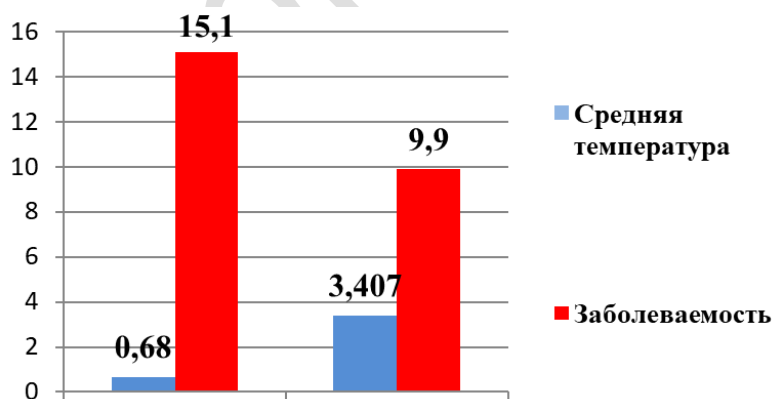


Рисунок 3 — Корреляция между средней температурой и заболеваемостью в феврале 2019–2020 гг.

Таким образом, в результате исследования была установлена статистически значимая разница заболеваемости ОРЗ в феврале месяце ( $U = 163,5$ ,  $p = 0,001485$ ).

#### Выводы

В связи с тем, что февраль в 2020 г. климатически был значительно мягче февраля 2019 г., мы наблюдаем уменьшение случаев количества заболевших ОРЗ. Однако так как наше исследование включало небольшую выборку данных, вывод можно считать предварительным.

УДК 616.89:616.36-004

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА  
У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Кулинич В. А.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*; ассистент *И. Л. Мамченко***

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

***Введение***

Цирроз печени (ЦП) — хроническое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью, или стромой. Цирроз печени входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35–60 лет. Этиологические факторы ЦП многообразны, но ведущую роль играют алкоголь и гепатотропные вирусы.

Хроническая патология печени сопровождается нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания. В генезе развивающейся симптоматики определенную роль наряду с печеночно-клеточной недостаточностью играет реакция личности на хронически прогрессирующее заболевание. Нередко нарушения психической сферы бывают первым проявлением хронического гепатита и цирроза печени, сохраняются на всем протяжении заболевания и обуславливают определенные трудности при лечении таких пациентов. Вне поля зрения клиницистов часто остаются различные варианты отношения пациентов к своей болезни, лечению и реабилитации. Все это подчеркивает важность и актуальность своевременной и адекватной диагностики психических нарушений у пациентов, находящихся в общесоматических стационарах.

***Цель***

Исследовать распространенность тревожных и депрессивных нарушений у пациентов с циррозом печени.

***Материал и методы исследования***

В исследовании приняли участие 41 человек в возрасте от 50 до 68 лет (средний возраст 58,6 лет, из них 27 женщин и 14 мужчин), находящихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Гомельской городской клинической больницы № 3. Пациенты были разделены на 2 группы согласно классам тяжести по Чайлд-Пью: первая группа — пациенты с классом тяжести А, вторая группа — пациенты с классом тяжести В. Для оценки тревожно-депрессивного расстройства использовались шкала депрессии Бека и шкала тревоги Спилбергера. Интерпретация результатов по шкале депрессии Бека: 0–13 — считается нормой, 14–19 — легкая депрессия, 20–28 — умеренная депрессия, 29–63 — тяжелая депрессия. При интерпретации шкалы тревоги Спилбергера результаты оцениваются следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность; 31–45 — умеренная тревожность, 46 и более баллов — высокая тревожность. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ «Statistica» 12.0, «Excel 13». Межгрупповые различия оценивались при помощи непараметрического критерия Манна — Уитни. Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациенты 1-й группы с классом тяжести А по Чайлд-Пью составили 24 (58,5 %) человека, из них 18 (75 %) женщин и 6 (25 %) мужчин. В данной группе пациентов показатель шкалы депрессии Бека у женщин составил  $5,56 \pm 3,63$  баллов, у мужчин —  $6,5 \pm$

2,07 баллов. Показатель шкалы тревоги Спилбергера у женщин: реактивной (ситуационной) тревоги —  $2,72 \pm 2,63$  баллов, личностной тревоги —  $2,72 \pm 2,63$ . У мужчин данный показатель: реактивной (ситуационной) тревоги —  $1,67 \pm 1,03$  баллов, личностной тревоги —  $1,33 \pm 1,03$ .

Во 2-ю группу (класс тяжести В по Чайлд-Пью) вошли 17 человек (9 (52,9 %) женщин и 8 (47,1 %) мужчин, что составило 41,5 %. В представленной группе пациентов показатель шкалы депрессии Бека у женщин составил  $8,44 \pm 5,31$  баллов, у мужчин —  $9,75 \pm 6,47$  баллов, показатель шкалы тревоги Спилбергера у женщин: реактивной (ситуационной) тревоги —  $3,44 \pm 1,67$  баллов, личностной тревоги —  $1,67 \pm 1,11$  баллов. У мужчин данный показатель: реактивной (ситуационной) тревоги —  $5,37 \pm 5,15$  баллов, личностной тревоги —  $4,5 \pm 5,01$ . Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка тревожных и депрессивных нарушений у пациентов с циррозом печени

№ группы	Шкала депрессии Бека	Шкала тревоги Спилбергера: ситуационная тревога	Шкала тревоги Спилбергера: личностная тревога
Группа № 1, женщины (Класс тяжести А по Чайлд-Пью)	$5,56 \pm 3,63$ ( $p < 0,05$ )	$2,72 \pm 2,63$ ( $p < 0,05$ )	$1,89 \pm 2,29$ ( $p < 0,05$ )
Группа № 1, мужчины (Класс тяжести А по Чайлд-Пью)	$6,5 \pm 2,07$ ( $p < 0,05$ )	$1,67 \pm 1,03$ ( $p > 0,05$ )	$1,33 \pm 1,03$ ( $p < 0,05$ )
Группа № 2, женщины (Класс тяжести В по Чайлд-Пью)	$8,44 \pm 5,31$ ( $p < 0,05$ )	$3,44 \pm 1,67$ ( $p < 0,05$ )	$1,67 \pm 1,11$ ( $p > 0,05$ )
Группа № 2, мужчины (Класс тяжести В по Чайлд-Пью)	$9,75 \pm 6,47$ ( $p < 0,05$ )	$5,37 \pm 5,15$ ( $p < 0,05$ )	$4,5 \pm 5,01$ ( $p < 0,05$ )

### Выводы

1. Цирроз печени является заболеванием, на фоне которого может происходить изменение психической сферы пациентов.

2. Выявлено, что у пациентов с классом тяжести В по Чайлд-Пью большее количество баллов по шкале депрессии Бека чем у пациентов с классом тяжести А. При этом у мужчин количество баллов больше, чем у женщин. Следовательно, у пациентов мужского пола с классом тяжести В выше уровень депрессивных расстройств.

3. В обеих группах пациентов отмечается низкий уровень тревожности по шкале Спилбергера. Однако, уровень ситуационной тревоги выше личностной. Состояние реактивной тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию.

УДК 575.174.2:616-003.829.1

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИЙ ГЕНА ГЕМОХРОМАТОЗА В РАЗНЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ

Кульэсенова Г. К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Пальцев

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

### Ведение

Гемохроматоз — редкое ассоциированное заболевание, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу, обусловленное генетическим дефектом, который приводит к по-

вышенному всасыванию железа в желудочно-кишечном тракте, и как следствие - к повышенному содержанию его в сыворотке крови и чрезмерно отложением в печени. Основной причиной развития наследственного гемохроматоза является мутация гена HFE (ген гемохроматоза). Этот белок находится в клетках печени, кишечника и иммунной системы. Главная функция этого белка — регуляция метаболизма железа в организме. Большинство случаев гемохроматоза вызвано гомозиготным вариантом мутации C28Y, встречаются комбинации гетерозиготных мутаций C23Y и H63D [1].

#### **Цель**

Оценить распространенность мутаций гена гемохроматоза в различных популяциях.

#### **Материал и методы исследования**

Материалами для исследования явились литературные данные по распространенности мутаций гена HFE среди различных народностей. Также проводился анализ результатов генотипирования группы из 65 здоровых добровольцев из числа первичных доноров крови, сдававших кровь на безвозмездной основе в учреждении «Гомельская городская станция переливания крови». В составе группы были 35 (53,8 %) мужчин и 30 (46,2 %) женщин. Генотипирование выполнялось в научно-исследовательской лаборатории учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» с помощью ПЦР-анализатора Rotor-Gene 3000.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Согласно данным литературы, первое большое изучение распространенности мутаций C282Y и H63D среди населения Европы было проведено в 1997 г., что случилось почти сразу после открытия гена HFE. Согласно генотипированию 1450 жителей Европы, наиболее высокая частота мутаций обнаруживается у населения северной Европы. Так, наиболее высокая частота мутации C282Y была обнаружена у ирландцев — 10 %, а мутация H63D чаще выявлялась у басков — 30,4 %. Также был обнаружен существенный градиент снижения распространенности мутаций с севера на юг, что подтверждает теорию происхождения мутаций гена HFE на севере Европы. В среднем по Европе распространенность мутации C282Y составила 3,8 %, H63D — 13,6 % [2]. Согласно данным других исследователей, средняя частота встречаемости гомозиготных мутаций гена HFE среди европейцев составляет 0,3 %, гетерозиготных — 8–10 % [3].

В 2003 г. проводилось исследование распространенности различных мутаций гена HFE в Италии. При обследовании 500 здоровых добровольцев было выявлено, что частота аллелей составила 1,5 % для C282Y, 14 % для H63D. Гомозигот C282Y обнаружено не было, гетерозиготность и гомозиготность по мутации H63D составила 26 % и 1 % соответственно [4].

С. В. Михайлова, изучавшая полиморфизм гена наследственного гемохроматоза у населения Сибири, показала, что распределение мутаций гена HFE на территории России этноспецифично: C282Y за единичными исключениями встречается только у русских, H63D с максимальными частотами обнаружена у финно-угров и русских, практически отсутствует у чукчей, а остальные монголоидные популяции по этому признаку занимают промежуточное положение. Частота гомозиготной мутации C282Y, обуславливающей генетическую предрасположенность к развитию наследственного гемохроматоза 1 типа, составляет у русских 0,0012 [5].

Проводилось изучение мутаций C282Y и H63D в гене HFE у 594 индивидов, представителей семи коренных этносов Средней Азии. В изученных популяциях мутация C282Y обнаружена у уйгуров с частотой 0,009, у казахов и таджиков она составила 0,012, отсутствует у узбеков, киргизов, курдов и туркмен. Мутация H63D обнаружена во всех популяциях с частотами от 0,024 (у таджиков) до 0,139 (у туркмен). По частотам этих мутаций изученные этносы занимают промежуточное положение между европейскими и восточноазиатскими популяциями, что соответствует их географическому положению [6].

Исследование, проводимое в Беларуси сотрудниками института цитологии и генетики, показало, что среди коренного населения существует определенный градиент увеличения частоты встречаемости мутаций с севера на юг Беларуси. В целом в Республике Беларусь мутации С282У и Н63D распространены с частотой 3,7 и 15,7 % соответственно [7].

Исследуемые в ходе работы здоровые добровольцы из числа первичных доноров крови, сдававшие кровь на безвозмездной основе, не имели симптомов заболеваний гепатобилиарной системы, маркеры вирусных гепатитов (НВsAg, антиНВсog общий, антиНсVtot) отсутствовали, показатели трансаминаз сыворотки крови были нормальными. Также у всех обследованных были нормальные показатели метаболизма железа (сывороточное железо, сывороточный ферритин).

Генотипирование показало следующие результаты. Нормальный генотип (отсутствие мутаций гена НFE) выявлен у 45 волонтеров, что составило 69,2 %. Распространенность гетерозиготной мутации Н63D была достаточно высокой — 17 (26,2 %) случаев. Гетерозиготная мутация С282У выявлена в 2 (3,1 %) случаях, гомозиготная мутация Н63D — 1 (1,5 %) случай. Сложных и гомозиготных по аллелю С282У мутаций не выявлено среди здоровых доноров обнаружено не было.

#### **Выводы**

1. Согласно данным литературы, максимальная распространённость мутаций гена НFE отмечена в странах Северной Европы. Существует предположение, что данная мутация могла носить адаптивный характер, способствуя накоплению железа в организме для последующего его использования в период недостаточного поступления с пищей, способствуя таким образом выживанию организма в неблагоприятные периоды.

2. В Республике Беларусь распространённость мутаций гена НFE в целом соответствует средневропейской. Среди здоровых добровольцев из числа жителей города Гомеля отмечена несколько более высокая распространённость гетерозиготной мутации Н63D, чем в среднем по Беларуси (26,2 и 15,7 % соответственно), что, возможно, связано с особенностями географического расположения города, исторически обуславливающего высокую смешанность различных народностей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гемохроматоз — современное состояние проблемы / Н. Б. Волошина [и др.] // Терапевтический архив. — 2018. — № 3. — С. 107–112.
2. Global prevalence of putative haemochromatosis mutations / A. T. Merryweather-Clarke [et al.] // J. Med. Genet. — 1997. — Vol. 34, № 4. — P. 275–278.
3. Genetic and clinical description of hemochromatosis probands and heterozygotes: evidence that multiple genes linked to the major histocompatibility complex are responsible for hemochromatosis / J. C. Barton [et al.] // Blood Cells Mol. Dis. — 1997. — Vol. 23. — P. 135–145.
4. HFE gene mutations an Apulian population: Allele frequencies / A. Pietrapertosa [et al.] // European Journal of Epidemiology. — 2003. — Vol. 18(7). — P. 685–690.
5. Полиморфизм гена НFE, ассоциированного с наследственным гемохроматозом, в популяциях России / С. В. Михайлова [и др.] // Генетика. — 2003. — Т. 39, № 7. — С. 501–508.
6. Анализ С282У и Н63D мутаций в гене гемохроматоза (НFE) в популяциях Средней Азии / Р. И. Хусанова [и др.] // Генетика. — 2006. — Т. 42, № 3. — С. 421–426.
7. Сивицкая, Л. Н. Основные мутации гена наследственного гемохроматоза (НFE) у белорусов / Л. Н. Сивицкая, Н. Г. Даниленко, О. Г. Давыденко // Медицина. — 2009. — Т. 67, № 4. — С. 63–66.

**УДК 616.36-004-052:613**

### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ**

*Кучинская Д. С., Чупилина Ю. М.*

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

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

#### **Введение**

Несмотря на значительный прогресс в понимании механизмов развития, принципов диагностики, профилактики и лечения многих заболеваний печени, эффективная

реализация этих достижений в клинической практике не всегда возможна. Игнорирование пациентами выполнения врачебных рекомендаций нередко является ключевой позицией, определяющей результаты лечения и исхода заболеваний.

Цирроз печени — хроническое прогрессирующее диффузное полиэтиологическое заболевание, сопровождающееся поражением гепатоцитов, фиброзом и перестройкой архитектоники печени, приводящее к образованию структурно-аномальных регенераторных узлов, портальной гипертензии и развитию печеночной недостаточности [1].

Здоровье — это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия [2]. Показатель приверженности пациентов с циррозом печени к лечению во многом позволяет определить прогноз заболевания.

### Цель

Оценить приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций пациентов с циррозом печени.

### Материал и методы исследования

В исследование включено 42 пациента с установленным циррозом печени, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ГКБ № 3 с декабря 2019 г. по март 2020 г. По этиологии — цирроз печени криптогенный — у 35 (83,3 %) пациентов, цирроз печени нутритивно-токсический — у 5 (11,9 %) пациентов, цирроз печени как исход вирусного гепатита С — у 2 (4,8 %) пациентов. Возраст пациентов колеблется от 45 до 71 года. Гендерное распределение — 32 (76,2 %) пациента мужского пола, 10 (23,8 %) пациентов женского пола. По степени тяжести цирроза печени согласно классификации по Child-Pugh 15 человек относятся к группе А (35,7 %), 21 (50 %) — к группе В и 6 (14,3 %) человек — к группе С — данные представлены в таблице 1. Проводилось анкетирование пациентов с помощью самостоятельно созданного опросника, категории опроса формировались на основании рекомендаций ВОЗ о здоровом образе жизни. В анкету входило 37 вопросов, среди которых 6 вопросов были относительно употребления алкогольных напитков, 4 вопроса о курении, 4 вопроса посвящены дозированным физическим нагрузкам, 13 — о знании и соблюдении принципов здорового питания, диеты при заболевании печени, также уточнялась сопутствующая патология — в 4 вопросах, 7 вопросов были посвящены исследованию психоэмоционального статуса. Результат представлен в виде ответов, которые были рассчитаны в процентном соотношении.

Таблица 1 — Характеристика пациентов с циррозом печени, включенных в исследование

Показатель	Пациенты с циррозом печени, абс. число (%)
Мужчины	32 (76,2 %)
Женщины	10 (23,8 %)
Средний возраст:	
Мужчины	55,375 ± 16
Женщины	58,5 ± 12
Этиология:	
Криптогенный	35 (83,3 %)
Нутритивно-токсический	5 (11,9 %)
Как исход вирусного гепатита С	2 (4,8 %)
Класс цирроза печени по классификации Child-Pugh	
А	15 (35,7 %)
В	21 (50 %)
С	6 (14,3 %)
Печеночная энцефалопатия	
0	9 (21,4 %)
I	17 (40,5 %)
II	16 (38,1 %)
Кровотечения из варикозно-расширенных вен в анамнезе	6 (14,3 %)

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исходя из полученных данных 15,6 % мужчин и 20 % женщин относятся к категории курящих; 46,8 % мужчин и 10 % женщин употребляют алкоголь; 15,6 % мужчин и 90 % женщин подвергаются постоянному стрессу или считают себя эмоционально лабильными в отношении стрессовых ситуаций; только 6,25 % мужчин и 20 % женщин являются физически активными; 68,75 % мужчин и 30 % женщин не соблюдают рекомендации по правильному питанию. 30 % пациентов имеют сопутствующую патологию, которая является причиной постоянного приема лекарственных препаратов, что может усугублять нарушение функции печени.

У большинства пациентов наблюдается низкая приверженность в отношении правильного питания. Также можно отметить, что женщины более лабильны в отношении стресса. Наблюдается низкая приверженность пациентов в категории физической активности.

### **Выводы**

По результатам исследования видно, что пациенты с циррозом печени имеют низкую приверженность в отношении здорового образа жизни. Прогноз у пациентов с циррозом печени во многом определяется отказом от вредных привычек, в первую очередь – категорическим воздержанием от приема алкоголя. Большинство пациентов понимают, что необходимо придерживаться рекомендаций врача, но не могут отказаться от своих привычек. Это, несомненно, сказывается на их здоровье.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с.

**УДК 616.72-002.772**

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕРОНЕГАТИВНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

*Лалаев Э. Э.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. М. Хардикова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

### **Введение**

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу симметричного прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита [1].

Распространенность РА среди взрослого населения в разных географических зонах мира составляет 0,5–2 % (у женщин старше 65 лет — около 5 %). По данным официальной эпидемиологической статистики в Российской Федерации страдает ревматоидным артритом около 0,61 % от общей популяции. Соотношение женщин к мужчинам везде одинаково — 3:1. Поражаются все возрастные группы, включая детей и лиц пожилого возраста. Пик начала заболевания — 40–55 лет [2].

### **Цель**

Описание клинического случая пациента, страдающего ревматоидным артритом.

**Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ амбулаторной карты и истории болезни пациентки, проходившей лечение в ревматологическом отделении БМУ КОКБ.

Больная П., 49 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в мелких суставах кистей, лучезапястных, коленных суставах, шейном отделе позвоночного столба. Более 10 лет наблюдалась в ЦРБ по месту жительства у ревматолога по поводу остеоартрита и у невролога по поводу распространённого шейного остеохондроза. Ревматологом проводилась дифференциальная диагностика между ревматоидным артритом и остеоартритом, однако диагноз «Ревматоидный артрит» не был верифицирован в связи с тем, что на рентгенографии отсутствовали эрозии и иммунологические исследования на наличие ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) были отрицательными.

В настоящее время усилились боли в суставах, ограничен объем движений, припухлость в лучезапястных суставах и мелких суставах кистей и отмечает нарастание утренней скованности (продолжительностью до полудня). Госпитализирована в ревматологическое отделение БМУ КОКБ для дифференциальной диагностики суставного синдрома.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В общем анализе крови отмечается увеличение СОЭ, СРБ — 10 мг/л. Иммунологические исследования на наличие ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) отрицательные.

При рентгенографии лучезапястных суставов и мелких суставов кистей выявлены признаки околосуставного остеопороза, кистовидные просветления костной ткани в сочетании с множественными сужениями суставных щелей.

Однако в результате проведения УЗИ-исследования лучезапястных суставов и мелких суставов кистей были выявлены множественные эрозии суставных поверхностей локтевой, лучевой, ладьевидной, головчатой костей изменены размером до 1,9 мм (рисунок 1); суставные поверхности при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) аваскулярны; наличие синовита по типу «пануса» в плюсно-фаланговых (проксимальных) суставах второго и третьего пальцев (рисунок 2); фиброзно-хрящевой комплекс (локтевой) изменен (рисунок 3).

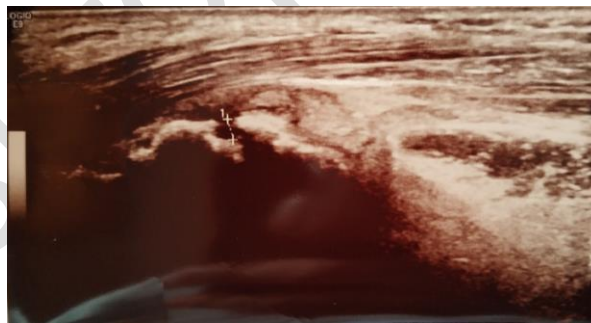


Рисунок 1 — Эрозия головчатой кости правого лучезапястного сустава

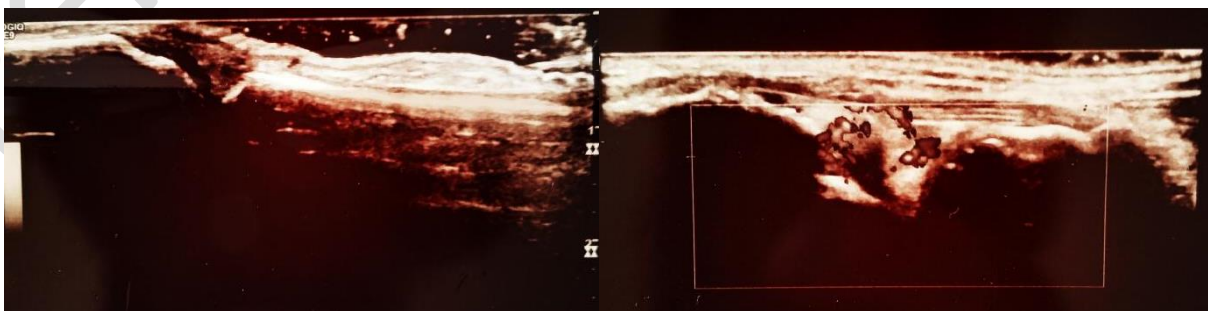


Рисунок 2 — Проксимальный сустав II пальца



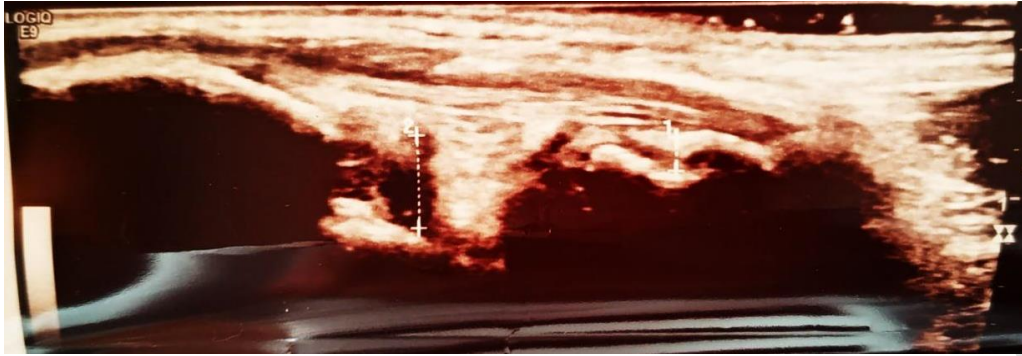


Рисунок 3 — Измененный фиброзно-хрящевой комплекс

Такие же изменения верифицированы при МРТ-исследовании. При подсчете классификационных критериев ревматоидного артрита (ACR/EULAR, 2010) пациентке было выставлено 8 баллов: наличие припухлости и болезненности при объективном исследовании в более чем 10 мелких суставах (5 баллов), повышение СОЭ и СРБ (2 балла), длительность артрита более 6-ти недель (1 балл).

В связи с этим пациентке был верифицирован диагноз «Серонегативный ревматоидный артрит».

#### **Выводы**

Несмотря на достаточно широкую распространенность ревматоидного артрита, возникают трудности диагностики именно серонегативных вариантов, особенно когда рентгенологические признаки еще отсутствуют. В этом случае наиболее информативными методами являются ультразвуковое исследование или магниторезонансная томография.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ревматические болезни: рук-во для врачей / под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. — М.: Медицина, 1997. — С. 257–304.
2. Smolen, J. S. Rheumatoid arthritis / J. S. Smolen, D. Aletaha, I. B. McInnes // Lancet. — 2016.

УДК 616.137

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ ШУНТИРОВАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ И АУТОВЕНОЙ**

*Лалаев Э. Э.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Б. С. Суковатых**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

#### **Введение**

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) являются нарушениями проходимости артерий нижних конечностей в виде сужения (стеноза) или окклюзии, которые приводят к дальнейшему развитию хронической ишемии НК различной степени и выраженности. ХОЗАНК на данный момент составляют около 20 % от всех видов сердечно-сосудистой патологии и наблюдаются примерно у 2–3 % населения [3]. На данный момент медицине известны более двадцати самостоятельных нозологических форм, приводящих к нарушению проходимости артерий ниж-

ней конечности. Врожденные заболевания, как гипоплазия, фибромускулярная дисплазия артерий встречаются крайне редко. Обычно в клинической практике сталкиваются с приобретенными заболеваниями: атеросклерозом, коллагенозами, неспецифическим аорто-артериитом, синдромом Рейно [4]. По мере обструкции артерий нижней конечности образуется дисбаланс между степенью оксигенации тканей и потребностями в кислороде тканей, в связи с чем происходит развитие хронической ишемии НК. Недостаточность регионарного кровообращения конечности представляет собой суммарную величину, определяемую степенью нарушения магистрального кровотока, состоянием коллатералей и микроциркуляторного русла [2]. При облитерирующих заболеваниях артерий НК пациент сетует на боли в одной или обеих конечностях, которые наступают при физической нагрузке, например, при ходьбе на определенное расстояние (от 500 и более метров до незначительных — 5–10 шагов), и вынуждающие пациента остановиться, чтобы дать ногам отдохнуть. После отдыха больной вновь может идти какое-то время до момента повторения болей. Иногда это первый признак заболевания [3]. В критических и в совсем запущенных случаях боль беспокоит пациента даже в состоянии покоя, когда человек не может спать или спит сидя. Еще одним признаком критичности заболевания являются трофические нарушения — язвы или некрозы, развивающиеся на пальцах, стопах или голени. Если не начать лечение вовремя, то человек в короткое время лишается ноги, вследствие вынужденной ампутации [4]. В хирургическом лечении при окклюзирующих поражениях используются три группы методов: рентгенэндоваскулярные методы, операции прямой реваскуляризации и не прямой реваскуляризации [2]. Стоит отметить, что при критической ишемии конечностей показания к реваскуляризации — абсолютные. В стадии перемежающейся хромоты вопрос об открытой реваскуляризации решается индивидуально с учетом степени операционного риска, предпочтений пациента, и, наконец, возможностей программы контролируемого физического тренинга [3].

#### **Цель**

Оценка результатов лечения и качества жизни больных после бедренно-подколенного шунтирования аутовеной и биологическим протезом.

#### **Материал и методы исследования**

После изучения историй болезни больные были разделены на две исследуемые группы в зависимости от метода лечения. В первую группу вошло 15 человек (11 мужчин и 4 женщин), которым была проведена бедренно-подколенное шунтирование с использованием биологического протеза. Во вторую группу вошло тоже 15 человек (12 мужчин и 3 женщин), которым была проведена бедренно-подколенное шунтирование с использованием аутовены. Используя опросник SF-36 Health Status Survey, изучили качество жизни 30 больных, лечившихся в сосудистом отделении. Данные были получены путем анкетирования пациентов в послеоперационный период прямым опросом. Структура опросника SF-36 представляет собой три этапа: всего 36 вопросов, 8 шкал, сформированных из 2–10 вопросов и 2 суммарных измерения, объединяющие шкалы. Шкалами являются: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Максимальным значением для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья является 100, а минимальным 0. С помощью перекодировки ответов производился подсчет показателей 8 шкал. Допустимый критический уровень значимости  $p = 0,05$ .

Все шкалы систематизируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». В физический компонент здоровья входят шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное

физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья включает шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность. Чем выше показатель по шкале, тем лучше качество жизни по этому параметру. Опросник заполнялся пациентом на основании его субъективного состояния.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Используя данные, полученные в результате анкетирования с помощью опросника SF-36 в двух группах, был проведен анализ (таблица 1).

Таблица 1 — Качество жизни больных в зависимости от вида протезирования

Показатели	1-я группа (n = 15)	2-я группа (n = 15)	P*
Физический фактор	34,33 ± 6,79	55,33 ± 7,56	P < 0,05
Ролевой фактор	10,00 ± 4,92	43,00 ± 7,51	P < 0,05
Фактор боли	40,73 ± 5,64	56,13 ± 4,78	P < 0,05
Общее здоровье	38,87 ± 3,14	49,47 ± 3,86	P < 0,05
Жизненная активность	41,33 ± 4,24	61,00 ± 4,26	P < 0,05
Социальный фактор	62,50 ± 7,72	82,50 ± 5,94	P < 0,05
Психическое здоровье	59,20 ± 3,81	70,13 ± 3,72	P < 0,05
Эмоциональная роль	24,44 ± 3,94	82,22 ± 7,18	P < 0,05
Физический компонент здоровья	31,30 ± 2,00	39,60 ± 2,22	P < 0,05
Психологический компонент здоровья	36,82 ± 2,01	50,32 ± 2,35	P < 0,05

\* — Данные результаты являются статистически значимыми

Использование аутолены при БПШ в группе 2 способствовало увеличению физического компонента в 1,2 раза, а психологического компонента — в 1,4 раза по сравнению с группой 1, где был использован биологический протез. Проанализировав данные опросника, получили следующие результаты: значение шкалы PF (физический фактор) в группе 1 составил 34,3 %, а в группе 2 — в 1,6 раза выше. Шкала RP (ролевой фактор) имеет следующие значения: в группе 1 — 10 %, а в группе 2 — в 4,3 раза выше. Шкала BP (фактор боли) в группе 1 составил 40,7 %, а в группе 2 — в 1,4 раза выше. Шкала GH (общее здоровье) в группе 1 — 38,8 %, а в группе 2 — в 1,2 раз выше. Шкала VT (жизненная активность) в группе 1 составила 41,3 %, а в группе 2 — в 1,48 раза выше. Шкала SF (социальный фактор) в группе 1 составил 62,5 %, а в группе 2 — в 1,3 раза выше. Значение шкалы RE (эмоциональное состояние) в группе 1 составил 24,4 %, а в группе 2 — в 4,1 раза выше. Шкала MH (психическое здоровье) в 1 группе составил 59,2 %, а в группе 2 — в 1,18 раза выше.

Таблица 2 — Физический и психический компоненты качества жизни больных

Показатели шкалы SF-36	Группа 1	Группа 2
PH (физический компонент)	31,3 %	39,6 %
MHI (психический компонент)	36,8 %	50,3 %

Использование аутолены при БПШ в группе 2 способствовало увеличению физического компонента в 1,2 раза, а психологического компонента — в 1,4 раза по сравнению с группой 1, где был использован биологический протез.

#### Выводы

Использование аутолены при БПШ в группе 2 способствовало увеличению физического компонента в 1,2 раза, а психологического компонента — в 1,4 раза по сравнению с группой 1, где был использован биологический протез. Проведение бедрено-подколенного шунтирования сопровождалось увеличением оценки «+3» по шкале R. В. Rutherford

(в 5 раз) во 2 группе и «+2» по шкале R. V. Rutherford (в 2 раза) в 1 группе. Применение аулотрансплантата оказалось эффективнее аллотрансплантата в связи с более высокими оценками и повышенными показателями физического и психологического компонента.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Белов, Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии / Ю. В. Белов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 464 с.
2. Бокерия, Л. А. Хирургическое лечение больных с атеротромботическим поражением артерий нижних конечностей — выбор трансплантата при бедренно-подколенном шунтировании / Л. А. Бокерия, М. Б. Темрезов. — М.: Анналы хирургии, 2010. — № 2. — С. 5–8.
3. Гавриленко, А. В. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной поражением артерий инфраинвагинальной локализации / А. В. Гавриленко, С. И. Скрылев // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2008. — Т. 14, № 3. — С. 111–117.
4. Покровский, А. В. Клиническая ангиология / А. В. Покровский. — М.: Медицина, 2004. — 234 с.

**УДК 616.127-002-036.11:612.115.13**

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИБРИНОГЕНА  
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

*Лане С. О., Голомако Ю. Н.*

**Научные руководители: старший преподаватель С. Г. Сейфидинова;  
ассистент О. В. Дарчия**

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

***Введение***

Фибриноген ценный показатель гемостаза. Является фактором свертывания крови, кофактором агрегации тромбоцитов, его концентрация определяет вязкость крови. Фибриноген, как важный маркер тромбоза и воспаления, напрямую связан с сердечно-сосудистыми заболеваниями, более того, уровень фибриногена значительно ассоциирован с утолщением интимы сосудов и субклиническими проявлениями атеросклеротического их поражения, а также независимо прогнозирует будущий риск развития ишемического инсульта и артериальной гипертензии [1, 2, 3].

***Цель***

Оценить роль уровня фибриногена у пациентов с ОИМ.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 92 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Критерий включения: пациенты с диагнозом ИБС: острый инфаркт миокарда. Всем пациентам при поступлении проведены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования, в том числе селективная коронароангиография (КАГ). На основании величины фибриногена в гемостазиограмме (за нормальные значения фибриногена приняты 2–4 г/л) выделены 2 группы пациентов: в 1-ю группу включены 53 пациентов имеющих фибриноген  $\leq 4$  г/л; во 2-ю группу — 39 пациентов с фибриногеном  $> 4$  г/л. Критерии исключения: острые инфекционные заболевания, острые травмы и недавние операции, заболевания печени.

В ходе исследования учитывались следующие показатели: пол, наличие сахарного диабета 2 типа (СД), гемостазиограмма (фибриноген), общий анализ крови (скорость оседания эритроцитов (СОЭ), лейкоциты), биохимический анализ крови (общий холестерин (О.ХС), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой/низкой плотностей (ЛПВП/ЛПНП), МВ — фракция креатинфосфокиназы (КФК-МВ)), данные эхокардиографии (Эхо-КГ) — фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и КАГ (наличие тромбоза с критическим

стенозом передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ПМЖВ ЛКА), правой коронарной артерии (ПКА)).

Статистический анализ проводился с использованием программного пакета «Statistica» 10.0 с использованием непараметрического критерия Манна — Уитни (U). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение**

Общая характеристика исследуемых групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Общая характеристика исследуемых групп

Критерии		1 группа, n = 53	2 группа, n = 39	p
Пол, (м)%		66 (35/53)	71,8 (28/39)	0,64
СД, %		28,3 (15/53)	33,3 (13/39)	0,68
Лейкоциты		12 (7,5–19,5)	10,3 (6–14,6)	0,53
СОЭ, мм/час		16,6 (13,47–19,73)	22 (8,5–30,5)	<u>0,004</u>
КФК-МВ, Ед/л		52,4 (47,4–57,4)	70,2 (28,8–111,6)	0,26
Липидный спектр	О.ХС	9,04 (8,24–9,84)	4,87 (3,37–6,37)	0,29
	ЛПВП	1,22 (1,07–1,37)	1,29 (0,55–2,03)	0,4
	ЛПНП	2,57 (1,59–3,55)	2,93 (1,77–4,09)	0,42
	ТГ	1,46 (1,06–1,86)	2,26 (0,17–4,35)	0,45
ФВ ЛЖ, %		58,2 (44–72,4)	59,74 (48,3–71,14)	0,87
КАГ	ПМЖВ ЛКА, %	4,7 (2/43)	26,7 (8/30)	<u>0,004</u>
	ПКА, %	14 (6/43)	13 (4/30)	0,87
	2-х- и (или) много- сосудистые гемодинамически значимые стенозы, %	60,4 (32/53)	74,4 (29/39)	<u>0,02</u>

Согласно вышеуказанным данным в группе с высоким уровнем фибриногена предполагается высокий уровень воспалительной реакции, что закономерно отражают высокие значения СОЭ у исследуемых пациентов ( $p = 0,004$ ). Однако достоверной связи с лейкоцитозом не было выявлено ( $p = 0,53$ ). Также в данной группе пациентов не определялось различий в возрасте, индексе массы тела, половой принадлежности ( $p > 0,05$ ). Не отмечено тенденции к дислипидемии ( $p > 0,05$ ), или снижению ФВ ЛЖ ( $p = 0,87$ ).

При оценке результатов КАГ отмечалась статистически достоверная связь более высокого уровня фибриногена со случаями критического стеноза ПМЖВ ЛКА вследствие обнаруженного тромбоза ( $p = 0,004$ ). Кроме того, обнаружена частота встречаемости 2-х или многососудистого поражения коронарного русла выше во 2-й группе, с высоким уровнем фибриногена ( $p = 0,02$ ).

**Выводы**

1. Повышение фибриногена у пациентов с ОИМ отражает явления воспаления и ассоциируется с более высокими значениями СОЭ ( $p = 0,004$ ).

2. Уровень фибриногена чаще повышен при тромботическом критическом стенозе, преимущественно ПМЖВ ЛКА ( $p = 0,004$ ).

3. Уровень фибриногена выше на фоне гемодинамически значимого поражения нескольких коронарных артерий ( $p = 0,02$ ).

Таким образом, анализ гемостазиограммы с оценкой уровня фибриногена — необходимый этап алгоритма обследования пациентов с ОИМ.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Балуда, М. В. Особенности лабораторного контроля у пациентов с ОКС / М. В. Балуда // Тер. арх. — 2016. — № 13. — С. 77–84.
2. Bassend, J. P. Guidelens for the diagnosis and treatment of non-ST segment elevation acute coronary syndromes / J. P. Bassend // Transfus. Med. Rev. — 2017. — № 28. — С. 79–89.
3. Yang, S. H. Serum fibrinogen and cardiovascular events in Chinese patients with type 2 diabetes and stable coronary artery disease / S. H. Yang, Y. Du, Y. Zhang // A prospective observation study BMJ. — 2017. — № 7(6). — С. 15–41.

УДК 616.12-005.4-036.11-036.12-085.835.3

**ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ  
ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Лобан Д. С., Бычик М. А.*

**Научные руководители: старший преподаватель С. Г. Сейфидинова;  
заведующая отделением ГБО Е. Н. Дударева**

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

**Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) — широко распространенная нозология, являющаяся важнейшим фактором риска развития стенокардии и инфаркта миокарда (ИМ), приводящих к инвалидизации и смертности населения. Из-за выраженных побочных эффектов антигипертензивных препаратов в настоящее время актуально применения немедикаментозных методов лечения АГ. Одним из используемых методов лечения в комплексной терапии является гипербарическая оксигенация (ГБО), способствующая увеличению кислородной емкости жидких сред организма, повышающая диффузию кислорода в гипоксические участки тканей.

**Цель**

Изучить гипотензивный эффект сеансов ГБО у пациентов с острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС) с АГ и без нее.

**Материал и методы исследования**

Проведен анализ медицинских карт 85 пациентов, получающих сеансы ГБО в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр» с диагнозом ИБС с АГ и без нее. Все пациенты были направлены на сеансы ГБО, в количестве 5–10 процедур. Большинство пациентов с диагнозом ИБС, направленных на сеансы ГБО, мужчины (77,65 %), среднего возраста  $59,35 \pm 1,6$  лет, работающие (57,65 %).

Анализ результатов проводился при помощи пакета статистических программ «Statistica» 10.0. Данные представлены в виде медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей ( $Q_{25}$  и  $Q_{75}$ ); среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ( $M \pm m$ ). Для сравнения двух независимых выборок применялся непараметрический U-критерий Манна — Уитни. Для сравнения нескольких зависимых параметров внутри одной группы, применялся критерий Фридмана ANOVA. Результаты статистически значимы при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение**

Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от формы ИБС и исходных значений АД. I группа — пациенты с диагнозом ИБС: ОИМ без АГ, II группа — с диагнозом ИБС: ОИМ с АГ, III группа — ИБС: стабильная стенокардия напряжения (ССН) без АГ, IV группа — ИБС: ССН с АГ, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели возраста, исходных значений АД при различных формах ИБС

Показатели	I группа, n = 10 (11,76 %)	II группа n = 8 (9,41 %)	III группа n = 29 (34,12 %)	IV группа n = 38 (44,71 %)
Возраст, лет	55 (48; 65)	66,5 (61,5; 70)	58 (49; 68)	60 (54; 69)
САД исх, мм рт. ст.	$123 \pm 3$	$144,4 \pm 2,2$	$123,6 \pm 1,1$	$144,07 \pm 0,9$
ДАД исх, мм рт. ст.	$78 \pm 2$	$87,5 \pm 1,6$	$79,7 \pm 0,8$	$88,15 \pm 0,9$

*Примечание:* САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление.

Средние значения исходных САД до сеансов ГБО в I и III группах находились на нормальном уровне, ДАД — на нормальном и оптимальном уровне. Средние значения САД II и IV групп соответствовали значениям АГ 1 степени, ДАД — высокому нормальному уровню.

Сравнение исходных значений АД между группами представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Сравнение исходных значений АД в группах

Группы	Исходные значения АД		АД после 1 сеанса ГБО	
	САД	ДАД	САД	ДАД
	Z; p	Z; p	Z; p	Z; p
I и II	-3,62; 0,001	-2,74; 0,006	-1,84; 0,065	-1,83; 0,066
III и IV	-7,09; 0,001	-5,44; 0,001	-4,69; 0,001	-3,05; 0,002
II и IV	-0,06; 0,947	-0,22; 0,818	-0,47; 0,636	0,52; 0,599

Разница исходных значений САД и ДАД перед первой и пятой процедурами ГБО составила, соответственно 1 и 0 мм рт. ст. (I группа — ИМ без АГ), 14 и 6,25 мм рт. ст. (II группа — ИМ с АГ), 1,55 и 1,04 мм рт. ст. (III группа — стенокардия без АГ), 13,29 и 6,84 мм рт. ст. (IV группа — стенокардия с АГ).

К концу каждого сеанса ГБО САД и ДАД пациентов всех групп снижались, соответственно в пределах 7 и 3 мм рт. ст. (I группа — ИМ без АГ), 15 и 6 мм рт. ст. (II группа — ИМ с АГ), 6 и 10 мм рт. ст. (III группа — стенокардия без АГ), 13 и 6 мм рт. ст. (IV группа — стенокардия с АГ).

Однако во II группе пациентов с АГ снижение САД и ДАД наблюдалось до уровня нормального АД, а в IV группе пациентов с АГ снижение САД — до высокого нормального уровня, ДАД — до нормальных АД.

При анализе динамики исходного АД на протяжении сеансов ГБО установлено, что в I и II группах показатели АД с 3 процедуры значимо не отличались; в III и IV группах показатели АД с 4 процедуры значимо не отличались, однако перед 5 процедурой опять появлялся критерий значимых отличий (САД —  $p = 0,001$ ; ДАД —  $p = 0,007$ ), после 6 сеанса ГБО значимые отличия АД снова не встречались; во II и IV группах в показателях АД на протяжении проведения ГБО значимых отличий не установлено.

В группах с наличием АГ отмечено статистически значимое ( $p = 0,001$ ) снижение САД и ДАД, измеренных перед проведением ГБО, к 5 процедуре до уровня нормального АД у пациентов II группы с ИМ и АГ ( $p = 0,001$ ); к 3 процедуре до уровня высокого нормального АД у пациентов IV группы со стенокардией и АГ ( $p = 0,001$ ). В I и III группах (без АГ) значимого снижения САД и ДАД не установлено ( $p = 0,983$ ;  $p = 0,119$ ).

### Выводы

1. В группах пациентов с АГ выявлено более значимое ( $p = 0,001$ ) снижение АД в сравнении с группой без АГ ( $p > 0,05$ ) на протяжении проведения сеансов ГБО.

2. Установлены значимые отличия ( $p < 0,05$ ) в показателях снижения САД и ДАД между пациентами I и II групп, а также III и IV групп.

3. Значимые отличия отсутствовали ( $p > 0,05$ ) между пациентами II–IV групп; после 3 сеансов ГБО в I–II группах; после 6 сеансов ГБО в III–IV группах.

4. В группе пациентов с хронической формой ИБС со стенокардией и АГ отмечалась нормализация АД при проведении ГБО — к третьему сеансу, а с ИБС: ИМ с АГ — к пятому сеансу.

5. Учитывая вышеизложенные данные нам представляется необходимость в дальнейшем изучении роли ГБО в лечении артериальной гипертензии.

УДК 616.12-073.7

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

*Лукьянчик Д. С., Демко А. 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**

«Электрокардиография (ЭКГ)» — один из методов обследования сердца с целью диагностики возможных заболеваний и отклонений в его работе. Регистрация биоэлектрической активности дает возможность получить информацию о состоянии сердечной мышцы. ЭКГ, вне всякого сомнения, весьма мощный и доступный диагностический инструмент, однако стоит помнить о том, что и у этого метода есть слабые места.

### **Цель**

Продемонстрировать важность правильной регистрации ЭКГ. Описать изменения на ЭКГ при неверном наложении электродов, интерпретируемые как патологические изменения.

### **Материал и методы исследования**

Проводился анализ электрокардиографических пленок у студентов УО «ГомГМУ». При этом регистрация ЭКГ проводилась с умышленной переменой положения электродов. Регистрация ЭКГ проводилась с помощью аппарата Альтоник.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В норме электроды устанавливаются следующим образом: красный электрод — правая рука, желтый электрод — левая рука, зеленый электрод — левая нога, черный электрод — правая нога. Данные представлены на рисунке 1.

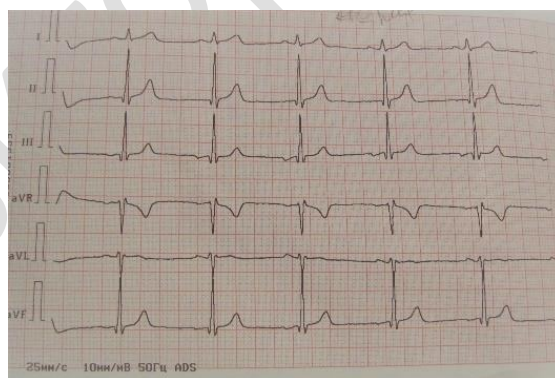


Рисунок 1 — Нормальная ЭКГ

На данной ЭКГ (рисунок 1): ритм синусовый, регулярный, ЭОС нормальная, ЧСС — 66 в минуту.

Было умышленно изменено положение стандартных электродов, ниже представлены выполненные нами комбинации:

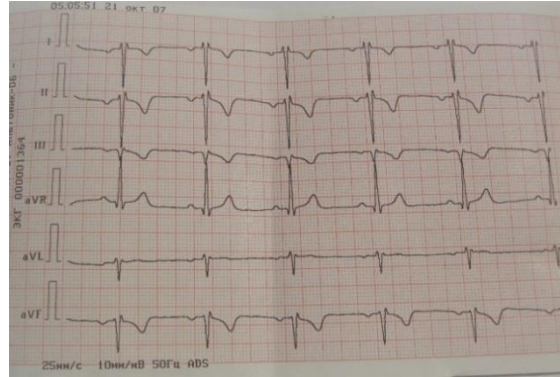
Вариант 1. Красный электрод — левая рука, желтый электрод — правая рука, зеленый электрод — левая нога, черный электрод — правая нога.

Вариант 2. Красный электрод — правая рука, желтый электрод — левая рука, зеленый электрод — правая нога, черный электрод — левая нога.



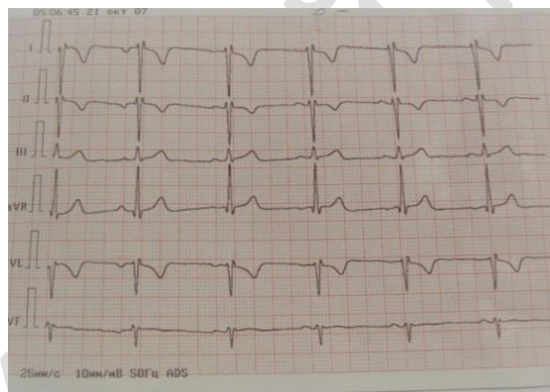
Вариант 3. Красный электрод — левая рука, желтый электрод — правая рука, зеленый электрод — правая нога, черный электрод — левая нога.

Вариант 4. Красный электрод — левая нога, желтый электрод — левая рука, зеленый электрод — правая рука, черный электрод — правая нога. Данные представлены на рисунке 2.



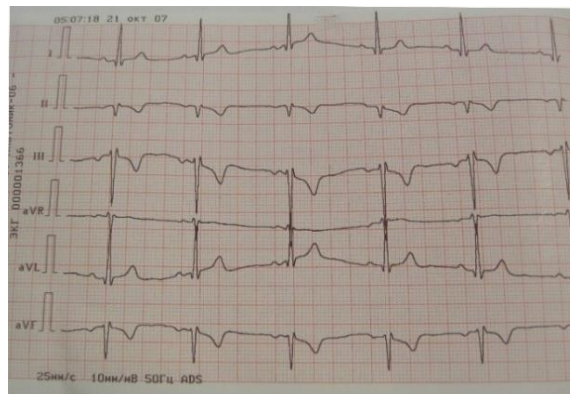
**Рисунок 2 — ЭКГ с изменением стандартных электродов**

Вариант 5. Красный электрод — правая нога, желтый электрод — правая рука, зеленый электрод — левая рука, черный электрод — левая нога. Данные представлены на рисунке 3.



**Рисунок 3 — ЭКГ с изменением стандартных электродов**

Вариант 6. Красный электрод — левая рука, желтый электрод — левая нога, зеленый электрод — правая рука, черный электрод — правая нога. Данные представлены на рисунке 4.



**Рисунок 4 — ЭКГ с изменением стандартных электродов**

Вариант 7. Красный электрод — правая рука, желтый электрод — левая нога, зеленый электрод — левая рука, черный электрод — правая нога.

Вариант 8. Красный электрод — правая рука, желтый электрод — правая нога, зеленый электрод — левая рука, черный электрод — левая нога.

Проанализировав ЭКГ пленки можно отметить, что перемена положения стандартных электродов приводит к регистрации изменений подобных «ишемическим», появлению патологического зубца Q, отрицательных зубцов T, смещения сегмента ST (например: рисунок 2 и рисунок 4). Так же хочется отметить изменение положения электрической оси сердца (ЭОС).

К примеру, ЭКГ снятая при расположении электродов в 5-й комбинации (рисунок 3) отображает картину расположения электрических потенциалов сердца, если бы оно располагалось верхушкой в 4 межреберье справа, а предсердия были бы обращены в 5–6 межреберье.

#### **Выводы**

ЭКГ является важным диагностическим методом исследования, который позволяет выявить многие патологические процессы, происходящие в сердце. Поэтому для правильной интерпретации, увиденной на пленке ЭКГ информации, необходимо быть уверенным в том, что электроды наложены правильно.

При неправильном расположении электродов на ЭКГ могут быть зарегистрированы изменения сегмента ST, свидетельствующие об ишемии миокарда, изменение положения ЭОС, что влечет за собой не верную тактику.

Данная работа направлена на привлечение внимания казалась бы к самым простым вещам, правильности наложения электродов. Значимость и актуальность этого вопроса велика.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Орлов, В. Н. Руководство по электрокардиографии / В. Н. Орлов; под ред. В. Н. Орлова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007.
2. Мурашко, В. В. Электрокардиография: учеб. пособие / В. В. Мурашко, А. В. Стругинский. — 14-е изд., перераб. — М.: МЕДпресс-информ, 2017. — 360 с.

**УДК 616.12-002.78:616.72**

### **КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ**

*Лызлова Д. М., Ястремский М. А.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Подагра — мультифакторное, полиморфное, метаболическое тофусное заболевание, характеризующееся нарушением пуринового обмена и отложения кристаллов моноурата натрия в органах и тканях [1]. В результате многочисленных ретроспективных исследований были доказаны некоторые закономерности: пациенты с подагрой, имеют более высокий риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и сердечно-сосудистой смерти по сравнению с населением в целом [2]. В развитии подагры имеют место различные нарушения в организме человека: генетические мутации локализованные в X-хромосоме, на фоне терапии диуретиками, низкими дозами аспирина, потребление богатого пуринами животного белка, а также протеиновыми диетами[3]. В настоящее

время установлено, что подагра имеет ассоциацию с риском развития сердечно-сосудистых осложнений, однако патогенетическая связь до сих пор изучается [4].

### Цель

Проанализировать варианты развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов с подагрой.

### Материал и методы исследования

Анализ историй болезней, опроса 30 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении ревматологии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1», ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с диагнозом подагра. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ «Statistica» 13.3.

### Результаты исследования и их обсуждение

В исследование включили 30 пациентов (мужчины — 73,4 % (n = 22), женщины — 26,6 % (n = 8)), средний возраст мужчин  $58,7 \pm 8,2$ , средний возраст женщин  $52,5 \pm 12,2$ . Структура сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин с подагрой представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Сердечно-сосудистые заболевания у мужчин с подагрой

Заболевание	Количество пациентов, %	
	мужчины	женщины
Нестабильная стенокардия	n = 1 (4,5 %)	—
Стабильная стенокардия	n = 8 (36,4 %)	n = 2 (25 %)
Инфаркт миокарда	n = 1 (4,5 %)	—
Атеросклеротический кардиосклероз	n = 21 (95,5 %)	n = 7 (87,5 %)
Ишемический инфаркт головного мозга	n = 1 (4,5 %)	—
Без сопутствующих ССЗ	n = 1 (4,5 %)	n = 1 (12,5 %)

95,5 % мужчин (n = 21) и 87,5 % женщин (n = 7), имеют кардиоваскулярные заболевания. У мужчин 95,5 % — имели атеросклеротический кардиосклероз; 36,4 % — стабильную стенокардию напряжения; 4,5 % — постинфарктный кардиосклероз; 4,5 % — нестабильная стенокардия. 87,5 % женщин имели атеросклеротический кардиосклероз, 25 % — стабильную стенокардию.

Также были изучены данные электрокардиографического исследования у мужчин и женщин с подагрой (таблица 2)/

Таблица 2 — Основные нарушения на ЭКГ у мужчин и женщин с подагрой

Патологическое состояние	Количество пациентов, %	
	мужчины	женщины
Атриовентрикулярная блокада (2 степень)	n = 1 (7,1 %)	n = 3 (37,5 %)
Атриовентрикулярная блокада (3 степень)	n = 1 (7,1 %)	—
Блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ)	n = 3 (21,5 %)	n = 1 (12,5 %)
Блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)	n = 1 (7,1 %)	n = 2 (25 %)
Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ)	n = 3 (21,5 %)	—
Фибрилляция предсердий (ФП)	n = 4 (28,6 %)	n = 1 (12,5 %)
Синусовая тахикардия (СТ)	n = 1 (7,1 %)	n = 1 (12,5 %)
Без изменений	n = 8 (36,4 %)	—

Наиболее частыми нарушениями на ЭКГ у мужчин — ФП (n = 4 (28,6 %)), БЛНПГ (n = 3 (21,5 %)), ГЛЖ (n = 3 (21,5 %)); у женщин — АВБ (2 степень) (n = 3 (37,5 %)), БПНПГ (n = 2 (25 %)).

### **Выводы**

1. У 93,3 % пациентов с подагрой выявлены сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, из них мужчин — 21 (70 %) пациент, женщин — 7 (23,3 %).

2. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний как у мужчин, так и у женщин основное место занимала ишемическая болезнь сердца (атеросклеротический кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения).

3. У пациентов с подагрой и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями выявлены изменения на электрокардиограмме: у мужчин — блокада левой ножки пучка Гиса, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка, у женщин — атриовентрикулярная блокада 1 степени, блокада правой ножки пучка Гиса.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кардиоваскулярный риск у больных подагрой / В. Г. Барскова [и др.] // Ожирение и метаболизм. — 2006. — С. 40.
2. Mortality due to co-ronary heart disease and kidney disease among middle-aged and elderly men and women with gout in the Singapore Chinese Health Study / G. G. Teng [et al.] // Ann. Rheum. Dis. — 2012. — P. 924–928.
3. Воробьев, П. А. Подагра в гериатрической практике: метод. рекомендации / П. А. Воробьев, В. В. Цурко, М. Е. Елисеева. — М., 2016. — Ч. I. Клин. геронтол. — С. 9–13.
4. Цурко, В. В. Рационально обоснованный подход к лечению подагры с учетом дебюта, течения и сочетанной патологии по материалам рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2016) / В. В. Цурко, М. А. Громова // Терапевт. архив. — 2017. — С. 233–237.

**УДК 616.36-004-055**

## **ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

*Манько А. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева;*  
ассистент *И. Л. Мамченко***

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

### **Введение**

Гендерная медицина (от английского «gender» — «пол») является новым направлением, специализирующимся на биологических и физиологических различиях, существующих между мужчиной и женщиной. Гендерный подход в медицине предполагает взгляд на заболевание с точки зрения пола. В современном обществе в связи с ростом потребления алкоголя в популяции и, в том числе, женщинами, возникает проблема изучения гендерных аспектов. Цирроз печени (ЦП) входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35–60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100 тыс. населения. Этиологические факторы ЦП многообразны, но ведущую роль играют алкоголь и гепатотропные вирусы. В 2018 г. в Гомельской области от цирроза печени умерло 266 человек, в том числе 136 человек трудоспособного возраста.

### **Цель**

Оценить течение цирроза печени в зависимости от класса тяжести учитывая гендерные различия.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы 30 историй болезни всех пациентов с циррозом печени, находившихся на лечении в период с 28.01.2020 по 03.03.2020 гг. в гастроэнтерологическом отделении «Городская клиническая больница № 3 г. Гомель». Анализировались следующие признаки: клинические данные, наличие печеночной энцефалопатии (ПЭ), результаты ультразвуковых исследований, фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), биохимические

мических показателей крови (билирубин, АСТ, АЛТ, ПТИ, альбумин). Для статистической обработки данных применена программа «Microsoft Excel 2016».

**Результат исследования и их обсуждение**

Мужчины составили 19 (63,3 %) человек, женщины — 11 (36,6 %). Возраст пациентов: мужчины от 20 до 40 лет — 4 (21,05 %) человека, от 41 до 60 лет — 10 (52,63 %) человек, старше 61 года — 5 (26,32 %) человек; женщины от 41 до 60 лет — 6 (54,54 %) человек, старше 61 года — 5 (45,46 %) человека.

Клинико-лабораторные проявления ЦП у мужчин и женщин в зависимости от класса тяжести представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клинико-лабораторные проявления ЦП у мужчин и женщин в зависимости от класса тяжести

Признак/пол	Мужчины			Женщины		
	А	В	С	А	В	С
Класс тяжести по Child-Pugh	6 (31,58 %)	9 (47,37 %)	4 (21,05 %)	1 (9,09 %)	7 (63,64 %)	3 (27,27 %)
Этиология: — криптогенный — первичный билиарный	19 (100 %)			7 (63,64 %) 4 (36,36 %)		
ПЭ: 1ст.	—	5 (55,55 %)	4 (100 %)	—	4 (57,14 %)	2 (66,67 %)
ВРВП:						
1 ст.	5 (83,33 %)	4 (44,44 %)	—	—	1 (14,28 %)	—
2 ст.	—	—	3 (75 %)	—	—	2 (66,67 %)
Асцит:						
1 ст.	2 (33,33 %)	6 (66,67 %)	—	—	1 (14,28 %)	—
2 ст.	—	—	4 (100 %)	—	—	3 (100 %)
Билирубин (мкмоль/л)	17,07	44,72	88,93	10	54,73	100,93
АСТ (Ед/л)	17,67	64,67	51,5	30	30,29	29,67
АЛТ (Ед/л)	28,33	46,78	37	34	34,33	18
Альбумин (г/л)	37	31,33	26,25	42	32,29	24
ПТИ	0,87	0,7	0,55	0,91	0,7	0,46

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что у всех мужчин наблюдается криптогенный ЦП. Что касается женщин, то криптогенный ЦП преобладает над первичным билиарным ЦП и составляют 63,64 и 36,36 %. Количество пациентов, находящихся в стационаре с циррозом печени класса тяжести А (по Child-Pugh) и С составили по 23,33 %, класс тяжести В — 53,33 %. ПЭ 1 степени (ст.) наблюдается только при классе тяжести В и С. При этом ПЭ проявляется чаще у мужчин чем у женщин. По данным ФГДС было выявлено, что варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) 1 ст. наблюдается при ЦП А и В класса тяжести, 2 ст. при классе тяжести С. ВРВП отмечено у 63,15 % мужчин и 27,27 % у женщин.

Проявлением портальной гипертензии является асцит — наиболее частая причина декомпенсации при ЦП. Согласно полученным результатам, асцит 1 ст. наблюдается у мужчин с классом тяжести А и В, и лишь у одной женщины с классом тяжести В. Асцит 2 ст. как у мужчин, так и у женщин наблюдается в 100 % случаев при классе тяжести С.

При оценке показателей крови были выявлены нормальные показатели билирубина в плазме крови у мужчин и женщин класса тяжести А. При классе тяжести В, наблюдается увеличение показателя билирубина в 2–2,5 раза, при этом показатели составили 44,72 мкмоль/л у мужчин и 54,73 мкмоль/л — женщин. Повышение показателя билирубина в 4–5 раз наблюдается у пациентов с классом тяжести С и составляет 88,93 мкмоль/л у мужчин и 100,93 мкмоль/л у женщин. У мужчин был отмечен повышенный уровень АСТ и АЛТ плазмы крови при классе тяжести В. В классе тяжести С наблюдается нормальный уровень АЛТ и повышенный уровень АСТ. У женщин отмечено незначитель-

ное повышение уровня АЛТ в плазме крови при классе тяжести А и В, при этом нормальный уровень АСТ. Что касается класса тяжести С, отмечается низкий уровень АЛТ и нормальный уровень АСТ плазмы крови. При нарушении биосинтетической функции печени в результате цирроза отмечается низкое содержание альбумина и протромбина в плазме крови. По полученным данным, наличие гипоальбуминемии было отмечено как у мужчин, так и у женщин с классом тяжести В и С. В отношении ПТИ снижение выявлено только у пациентов с классом тяжести С.

#### **Выводы**

Результаты исследования показывают наличие гендерных различий и различий по классу тяжести в клиническом течении ЦП. У женщин при классе тяжести А не наблюдается никаких отклонений от нормы. У мужчин при классе тяжести А показатели крови остаются в норме, а клинически у 83,33 % наблюдается ВРВП и у 33,3 % — асцит 1 ст. При классе тяжести В как у мужчин, так и у женщин наблюдается ПЭ, ВРВП и асцит 1 ст., что касается показателей крови, то у мужчин наблюдается повышение билирубина, АСТ, АЛТ и незначительное снижение альбумина. У женщин также повышается билирубин, АЛТ и снижается альбумин, а все остальные показатели находятся в норме. При классе тяжести С у всех пациентов отмечается ПЭ, ВРВП и асцит 2 ст., при биохимическом анализе крови отмечается повышение билирубина в 5 раз, увеличение АСТ только у мужчин и снижение АЛТ, альбумина и ПТИ, что говорит о выраженной печеночно-клеточной недостаточности и высокой степени цитолиза гепатоцитов.

УДК 616.132-007.64:616.12

### **РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ**

*Медведев М. А.*

**Научные руководители: ассистент Т. А. Курман;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

#### **Введение**

Аневризма брюшного отдела аорты (АБОА) — это хроническое, часто асимптомное заболевание сопряжено с повышенным риском осложнений и смертности. Брюшной отдел аорты подвержен большим колебаниям, чем другие, более мелкие и упругие артерии [1]. Абдоминальная аорта эластичнее, чем более мелкие сосуды, но более ригидна, чем грудной отдел, из-за повышенного содержания коллагена по отношению к эластину. Эти факторы создают условия, в которых брюшной отдел аорты подвергается повышенному давлению и нагрузке, что ведет к различным последствиям [2]. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, патология со стороны почек и т. д. — это факторы, которые способствуют ослаблению среднего слоя аорты [3]. Риск расслоения возрастает в результате патологических процессов, приводящих к увеличению объема левого желудочка [4].

#### **Цель**

Проанализировать индекс Робинсона (ИР) у пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты.

**Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов Гомельской клинической больницы № 3 за период 2017–2019 гг. с клиническим диагнозом аневризма брюшного отдела аорты.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Было проанализировано 74 карты стационарных пациентов, из них 36 лица мужского пола, 38 — женского. Средний возраст пациентов составил 64,5 года среди женщин и 61 — среди мужчин. Индекс Робинсона дает количественную оценку энергопотенциала организма, показывает резерв функциональной способности сердца. Индекс Робинсона рассчитывается по формуле:  $ДП = (ЧСС \times АДс) / 100$ , где ЧСС — частота сердечных сокращений; АДс — систолическое артериальное давление. Основные показатели индекса отображены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка риска кардиоваскулярных осложнений по индексу Робинсона

Значения индекса Робинсона	Индекс Робинсона среди пациентов с АБОА	Пол
96–120 у.е. высокий риск	116 у.е. 59 %	М — 72,7 %
		Ж — 27,3 %
76–95 у.е. умеренная степень риска	80 у.е. 31 %	М — 69,6 %
		Ж — 30,4 %
65–75 у.е. низкий риск	74 у.е. 10 %	М — 28,6 %
		Ж — 71,4 %

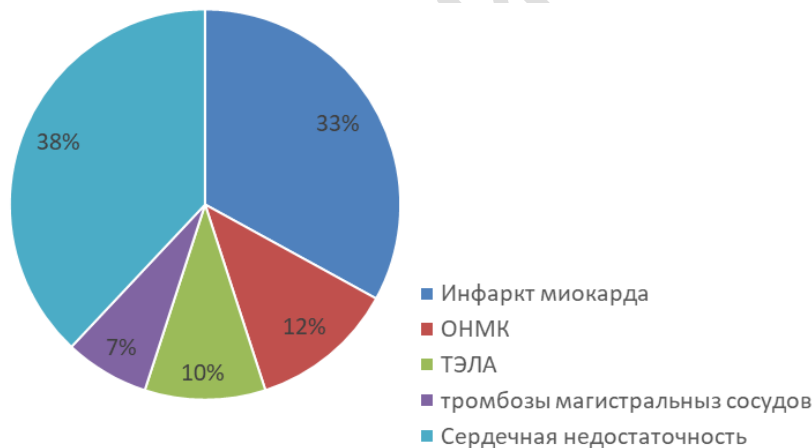


Рисунок 1 — Коморбидная патология у пациентов с АБОА

**Выводы**

У большинства пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты (59%) установлен высокий индекс Робинсона, что является фактором высокого риска возникновения кардиоваскулярных расстройств в раннем послеоперационном периоде, что следует учитывать при тактике ведения пациентов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бокерия, Л. А. Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты 2013 г. / Л. А. Бокерия, А. В. Покровский, А. Ф. Харазов // Ангиол. и сосуд. хир. — 2013. — Т. 19 (Прил.). — С. 33–34.
2. Prospective evaluation of postimplantation syndrome evolution on patient outcomes after endovascular aneurysm repair for abdominal aortic aneurysm / E. Arnaoutoglou [et al.] // J. Vasc. Surg. — 2016. — № 4. — Р. 1–8.
3. Кардиальные осложнения и их профилактика в хирургии аневризм брюшной аорты / А. М. Чернявский [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. — 2013. — № 4. — С. 88–93.
4. Кардиальные осложнения и их профилактика в хирургии инфраренальной аневризмы брюшной аорты / А. А. Карпенко [и др.] // Патология кровообращения и кардиохирургия. — 2013. — № 1. — С. 79–85.

УДК 616.127-005.8-071/-074-091

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*Мироненко Е. С.*

Научные руководители: ассистент *О. В. Дарчия*;  
старший преподаватель *С. Г. Сейфидинова*

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

***Введение***

Актуальность научного исследования обусловлена тем, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) развиваются в результате различных факторов риска, хотя некоторые из основных (наследственность, возраст) не поддаются коррекции, других факторов можно избежать путем изменения образа жизни и привычек. По мнению специалистов ВОЗ 1/3 снижения смертности от ССЗ может быть обеспечена за счет прогрессирования развития медикаментозной терапий и клинических вмешательств, в то время как 2/3 снижения смертности обеспечит изменение привычек в образе жизни, среди которых можно назвать правильное питание, контроль за течением артериальной гипертензии, физические упражнения и прекращение курения. Специалисты ВОЗ подчеркивают, что как для экономически развитых, так и для развивающихся стран, самый практичный и наименее дорогостоящий путь профилактики — это не медицина, а здоровый образ жизни.

***Цель***

Проанализировать клинико-лабораторные и инструментальные особенности у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), находившихся на стационарном лечении в У «ГОККЦ» г. Гомеля.

***Материал и методы исследования***

Проводилось ретроспективное исследование историй болезни пациентов с ИМ ( $n = 68$ ), госпитализированных У «ГОККЦ» за период с 01 января по 01 марта 2020 г., отобранные методом сплошной выборки. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью «Microsoft Excel 2016» (физикального, лабораторных методов, заключений специалистов, электрокардиографического и тонометрического исследований) пациентов в возрасте 18–60 лет. Статистически значимыми считались результаты при  $p < 0,05$ .

***Результаты исследования и их обсуждение***

В исследование включены молодые и зрелые пациенты по классификации ВОЗ, госпитализированные У «ГОККЦ» с 01 января по 01 марта 2020 г., что составило 68 пациентов с ИМ в У «ГОККЦ» в возрасте 56 (50; 58). В группе 13 (19,12 %) женщин средний возраст  $52,6 \pm 9,04$  и 55 (80,9 %) мужчин средний возраст  $53,93 \pm 5,7$  лет. При этом достоверно реже госпитализировались в У «ГОККЦ» женщины с ИМ по сравнению с мужчинами ( $\chi^2 = 49,4$ ;  $p < 0,001$ ). При поступлении ( $n = 68$ ) среднее значение артериального давления (АД) составило  $138 \pm 22 / 86 \pm 10$  мм рт. ст., а частота сердечных сокращений  $75 \pm 14$  уд/мин. Артериальной гипертензией (АГ) до поступления страдали 44 (64,71 %) пациента средний возраст  $54,82 \pm 5,1$  лет, из них 34 (49,9 %) мужчин в возрасте  $54,71 \pm 5,3$  лет и 10 (14,7 %) женщин в возрасте  $55,2 \pm 4,92$  лет. Таким образом, достоверно чаще АГ отмечена у мужчин до госпитализации по сравнению с женщинами ( $\chi^2 = 24,1$ ;  $p < 0,001$ ). В исследуемой группе ( $n = 68$ ) индекс массы тела (ИМТ) пациентов в среднем  $28,6 \pm 5,69$  кг/м<sup>2</sup>, из них ожирением страдают 10 (14,7 %) человек средний возраст  $54,9 \pm 2,64$  лет: 3 (29,9 %) женщины средний возраст  $56,33 \pm 6$  лет и 7



(69,9 %) мужчин, средний возраст  $54,3 \pm 2,9$  лет. Вредные привычки в виде курения в данной выборке ( $n = 68$ ) имели 36 (52,9 %) (95 % ДИ 40,5–65,2) человек, из них 3 (8,33 %) женщины средний возраст  $38,7 \pm 7,1$  лет и 33 (91,7 %) мужчин средний возраст  $53,2 \pm 6,14$  лет. При этом среди курящих молодых и зрелых людей (по классификации ВОЗ) с диагнозом ИМ ( $n = 36$ ) ИМТ составил  $27,8 \pm 5,3$  кг/м<sup>2</sup>, из них с ожирением 6 (16,7 %) человек с ИМТ в среднем  $37,4 \pm 1,5$  кг/м<sup>2</sup> в возрасте  $53 \pm 5,5$  лет: 1 (16,7 %) женщина в возрасте 45 лет и 5 (83,33 %) мужчин в возрасте  $54,8 \pm 4,21$  лет. Отметим, что сочетание артериальной гипертензии, избыточной массы тела и вредных привычек в виде курения, у 4 (5,9 %) человек, все они являются представителями мужского пола (100 %) в возрасте  $53,8 \pm 4,03$  года. При этом достоверно реже госпитализировались курящие женщины с ожирением и АГ по сравнению с мужчинами ( $p = 0,005$ ).

Жалобы при поступлении ( $n = 68$ ) имели 63 (92,65 %) пациента (95 % ДИ 83,7–97,6): дискомфорт в грудной клетке — 5 (7,9 %) (95 % ДИ 2,6–17,6), боль за грудиной в покое — 49 (77,78 %) (95 % ДИ 65,54–87,3), боль в грудной клетке при физической нагрузке — 12 (19,1 %) (95 % ДИ 10,3–30,91), эпизоды жжения за грудиной, боль в эпигастрии, иррадиация в левое плечо, в обе руки, под левую лопатку, онемение в руках, одышка в покое, одышка при незначительной нагрузке, потеря сознания по 1 (1,59 %) (95 % ДИ 0,04–8,53), иррадиация болей в левую руку, в позвоночник, потливость по 3 (4,76 %) (95 % ДИ 0,99–13,3), иррадиация в нижнюю челюсть, чувство нехватки воздуха по 2 (3,18 %) (95 % ДИ 0,39–11,1), общая слабость — 20 (31,75 %) случаев (95 % ДИ 20,6–44,7). Не предъявили жалоб — 5 (7,35 %) пациентов (95 % ДИ 2,63–17,56). При сопоставлении гендерных особенностей и жалоб у пациентов при госпитализации различий не выявлено ( $p = 0,077$ ).

Проанализировали один из кардиоспецифических маркеров ИМ высокочувствительный тропонин I по результатам анализов ( $n = 68$ ): отрицательный — 1 (1,47 %) (95 % ДИ 0,04–7,92), положительный — 5 (7,35 %) (95 % ДИ 2,43–16,33), значение больше 10 нг/мл — у 15 (22,1 %) (95 % ДИ 12,9–33,8) пациентов, у остальных 47 (69,12 %) (95 % ДИ 56,7–79,8) медиана 2,08 (0,48; 6,1) нг/мл. Далее определили особенности в зависимости от пола. Таким образом, у мужчин: отрицательный — 1 (1,81 %) (95 % ДИ 0,05–9,72), положительный — 3 (1,14 %) (95 % ДИ 1,14–15,12), значение больше 10 нг/мл — у 11 (19,9 %) (95 % ДИ 10,3–32,9) пациентов, у остальных 40 (72,73 %) (95 % ДИ 59,04–83,9) медиана 2,08 (0,46; 5,9) нг/мл; у женщин: положительный — 2 (15,4 %) (95 % ДИ 1,92–45,5), значение больше 10 нг/мл у 2 (15,4 %) (95 % ДИ 1,92–45,5) пациентов, у остальных 9 (69,2 %) (95 % ДИ 38,6–90,9) медиана 4,84 (0,53; 5,71) нг/мл.

Липидный спектр в данной группе ( $n = 68$ ) был изменен: липопротеиды низкой плотности —  $2,93 \pm 1,32$  ммоль/л, затем проанализировали у мужчин —  $2,9 \pm 1,2$  ммоль/л и женщин —  $3,2 \pm 1,7$  ммоль/л. Липопротеиды высокой плотности ( $n = 68$ ) —  $1,43 \pm 0,36$  ммоль/л, у мужчин —  $1,4 \pm 0,4$  ммоль/л, женщин —  $1,54 \pm 0,3$  ммоль/л. Общий холестерин ( $n = 68$ ) —  $5,17 \pm 1,6$  ммоль/л, у мужчин —  $5,1 \pm 1,6$  ммоль/л, женщин —  $5,52 \pm 1,8$  ммоль/л. Триглицериды ( $n = 68$ ) в среднем составили  $1,78 \pm 1,09$  ммоль/л, у мужчин —  $1,4 \pm 2,04$  ммоль/л, женщин —  $1,43 \pm 0,82$  ммоль/л.

В процессе исследования было выяснено, что медиана пребывания пациентов, перенесших ИМ в стационаре составила 14 (11; 17). Значение АД при выписке в среднем составило  $120 \pm 7 / 79 \pm 4$  мм рт. ст.

### **Выводы**

Определили, что реже госпитализировались женщины с ИМ по сравнению с мужчинами ( $p < 0,001$ ) и выше распространенность АГ в анамнезе жизни у мужчин до госпитализации по сравнению с женщинами ( $p < 0,001$ ). Установили, что реже госпитализировались курящие женщины с ожирением и АГ по сравнению с мужчинами ( $p =$

0,005), а при сопоставлении гендерных особенностей и клинической картины у пациентов различий не выявили ( $p = 0,077$ ). Отметим, что необходима коррекция нарушений липидного обмена как среди мужчин, так и среди женщин.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Якушин, С. С. Инфаркт миокарда / С. С. Якушин, Н. Н. Никулина, С. В. Селезнев. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 240 с.
2. Ройтберг, Г. Е. Сердечно-сосудистая система / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский // Внутренние болезни: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 6-е изд., перераб. и доп. — М., 2019 — С. 227.

**УДК 616.127-005.8-053-055**

**ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*Мироненко Е. С., Ладик А. О.*

**Научный руководитель: ассистент О. В. Дарчия**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь,**

**Федеральное государственное автономное**

**образовательное учреждение высшего образования**

**«Российский национальный исследовательский медицинский университет**

**имени Н. И. Пирогова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**г. Москва, Российская Федерация**

***Введение***

В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из главных причин смерти и инвалидности среди населения большинства индустриально развитых стран [1].

Следует напомнить, что инфаркт миокарда (ИМ) возникает не только в пожилом возрасте. В последние десятилетия увеличилась частота развития ИМ в возрасте до 60 лет. В возрасте 40–60 лет инфаркт в 3–5 раз чаще наблюдается у мужчин в связи с более ранним развитием атеросклероза, курением. После 55–60 лет заболеваемость среди лиц обоих полов приблизительно одинакова, это связано с тем, что у женщин в климактерическом возрасте снижается количество эстрогенов, которые в свою очередь, обладают эндотелиопротективными свойствами, то есть препятствует прогрессированию атеросклероза сосудов [2].

В Беларуси ситуация с сердечно-сосудистыми заболеваниями в целом и ИМ, в частности, также вызывает тревогу.

***Цель***

Проанализировать возрастные и гендерные особенности пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), проживающих в городской и сельской местности.

***Материал и методы исследования***

Проводилось ретроспективное исследование историй болезни пациентов с ИМ ( $n = 68$ ), госпитализированных У «ГОККЦ» за период с 01 января по 01 марта 2020 г., отобранные методом сплошной выборки. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью «Microsoft Excel 2016». Результаты представлены в виде медианы ( $Me$ ), 25 и 75 перцентилей, средней и ее ошибки, доли (95 %) и 95 % доверительного интервала (ДИ). Сравнения полученных результатов проведено с помощью критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Статистически значимыми считались результаты при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

За период с 01 января по 01 марта 2020 г. госпитализировано 68 пациентов с ИМ в У «ГОККЦ», возраст пациентов различен и колеблется от 31 до 60 лет, что включает в себя по периодизации ВОЗ молодую и зрелую группу, медиана возраста составила 56 (50; 58). В группе 13 (19,12 %) женщин (95 % ДИ 10,6–30,5) средний возраст  $52,6 \pm 9,04$  и 55 (80,9 %) мужчин (95 % ДИ 69,53–89,41) средний возраст  $53,93 \pm 5,7$  года. При этом достоверно реже госпитализировались в У «ГОККЦ» женщины с ИМ по сравнению с мужчинами ( $\chi^2 = 49,4$ ;  $p < 0,001$ ). Выборка ( $n = 68$ ) представлена разными социальными слоями: работающие — 41 (60,29 %) (95 % ДИ 47,7–71,9) средний возраст  $53,2 \pm 5,8$ ; не имеющие работу — 17 (24,9 %) (95 % ДИ 15,3–36,9) средний возраст  $51,8 \pm 8,3$ ; пенсионеры — 6 (8,8%) (95% ДИ 3,3-18,22) средний возраст  $59,5 \pm 1,9$ ; инвалиды 2 группы — 4 (5,88 %) (95 % ДИ 1,63–14,4) средний возраст  $57,3 \pm 2,6$  лет.

В данной группе 9 (13,24 %) пациентов (95 % ДИ 6,24–23,64) являются жителями сельской местности, все они доставлены экстренно по скорой медицинской помощи в У «ГОККЦ», из них 2 (22,22 %) женщины в возрасте  $55,5 \pm 4,9$ , и 7 (77,8 %) мужчин в возрасте  $51,6 \pm 5,6$  лет. По социальному статусу сельские жители они представляли разные слои: работающие — 4 (66,7 %) (95 % ДИ 13,7–78,8) средний возраст  $50,8 \pm 4,9$ ; не имеющие работу — 3 (33,33 %) (95 % ДИ 7,5–70,1) средний возраст  $49,7 \pm 2,5$ ; пенсионеры — 2 (22,22 %) (95 % ДИ 2,82–60,1) средний возраст  $60 \pm 1,4$ .

Остальные 59 (86,77 %) человек (95 % ДИ 76,4–93,8) являются городскими жителями, из них 11 (18,6 %) женщин в возрасте  $52,1 \pm 9,7$ , а 48 (81,4 %) мужчин в возрасте  $54,3 \pm 5,7$ . Лица ( $n = 59$ ), проживающие в городе, доставлены скорой медицинской помощью 27 (45,8 %) (95 % ДИ 32,72–59,3), направлены из других медицинских учреждений — 32 (47,1 %) (95 % ДИ 34,8–59,6), прибыли самостоятельно — 0. По социальному статусу городские жители: работающие — 36 (61,02 %) (95 % ДИ 47,44–73,5) средний возраст  $53,2 \pm 6,02$ ; не имеющие работу — 14 (23,73 %) (95 % ДИ 13,62–39,6) средний возраст  $52,3 \pm 8,8$ ; пенсионеры — 4 (6,8%) (95% ДИ 1,9-16,5) средний возраст  $59,3 \pm 2,4$ ; инвалиды 2 группы — 4 (6,8 %) (95 % ДИ 1,9–16,5) средний возраст  $57,3 \pm 2,63$  лет.

Таким образом, выделили две подгруппы: 9 (13,23 %) (95 % ДИ 6,24–23,64) сельских и 59 (86,8 %) (95 % ДИ 76,4–93,8) городских жителей Гомельской области. При этом достоверно реже диагноз ИМ выставлялся сельскому по сравнению с городским населением ( $\chi^2 = 70,6$ ;  $p < 0,001$ ).

Далее выделили 7 молодых людей в возрасте 18–44 лет ( $39,6 \pm 4,4$  года), что составило 10,3 % от группы, из них женщин 2 (28,6 %) средний возраст  $35,5 \pm 6,4$  и мужчин 5 (71,43 %) средний возраст  $41,2 \pm 2,7$  лет. Проанализировали социальные аспекты труда молодых лиц: работающие — 5 (71,4 %) средний возраст  $41,2 \pm 2,7$  и не имеющие работу — 2 (28,6 %) средний возраст  $35,5 \pm 6,4$  года. Отметим, что пациенты моложе 45 лет с диагнозом ИМ являются жителями городов (100 %).

### **Выводы**

Установили, что реже госпитализировали женщин с ИМ по сравнению с мужчинами ( $\chi^2 = 49,4$ ;  $p < 0,001$ ). Отмечено, что встречаемость ИМ в сельской местности реже по сравнению с жителями города ( $\chi^2 = 70,6$ ;  $p < 0,001$ ).

Определили, что все случаи ИМ в молодом возрасте (18–44 лет) приходятся на городских жителей (7 мужчин), что можно связать с более быстрым темпом жизни, большим количеством стрессов и экологией.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Якушин, С. С. Инфаркт миокарда / С. С. Якушин, Н. Н. Никулина, С. В. Селезнев. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 240 с.
2. Ройтберг, Г. Е. Сердечно-сосудистая система / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский // Внутренние болезни: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. — 6-е изд., перераб. и доп. — М., 2019 — С. 227.

УДК 616-097

**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Миронова Д. Ю.*

**Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. М. Хардикова***

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

***Введение***

Болезнь Шегрена — это системное заболевание неизвестной этиологии, характерной чертой которого является хронический аутоиммунный и лимфопролиферативный процесс в секретирующих эпителиальных железах с развитием паренхиматозного сиаладенита с ксеростомией и сухого кератоконъюнктивита с гипоакриимией [2, 3]. Данная болезнь поражает около 2 % взрослого населения, но остается не распознанной более, чем у 50 % больных. Заболевание встречается у женщин примерно в 25 раз чаще, чем у мужчин. Дебютирует обычно в молодом возрасте [1, 4, 5].

***Цель***

Осветить трудности диагностики болезни Шегрена.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ истории болезни и курация пациентки с диагнозом болезни Шегрена.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациентка М., 36 лет, поступила в отделение ревматологии БМУ «Курская областная клиническая больница» с жалобами на сухость слизистых оболочек полости рта, увеличение околоушных слюнных желез с изменением овала лица, наличием «заед» в уголках рта, ощущением «песка» в глазах, появление тянущихся «длинных нитей» в углах глаз, светобоязнь, снижение остроты зрения, сухость кожи, снижение потоотделения, осиплость голоса, сухость носоглотки, патологическую утомляемость, отек голеностопных суставов, утреннюю скованность, длящуюся около 30 мин.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение года, когда впервые появились симптомы заболевания. Около года назад появилась скованность суставов по утрам, сухость кожи, патологическая утомляемость, преходящие кожные высыпания на ногах по типу «чулок», длящиеся около 5 мин, исчезающие бесследно. Больная обратилась к участковому терапевту по месту жительства. После осмотра терапевта, пациентка была перенаправлена к сосудистому хирургу для дальнейшего обследования и установления диагноза. После осмотра хирургом был выставлен диагноз «Васкулит, подострое течение», назначена терапия. Лечение больной принесло незначительное облегчение, повторно обращаться к специалисту не стала. Скованность по утрам сохранялась, ее продолжительность постепенно увеличилась, состояние постепенно ухудшалось. Затем, у пациентки появились жалобы на ощущение «песка» в глазах, сухость, жжение глаз, а также сильное увеличение подчелюстных лимфоузлов, вплоть до изменения овала лица. Симптомы нарастали, к данному симптомокомплексу присоединилась светобоязнь, пациентка начала замечать в уголках глаз выделения белого цвета, похожие на «нити», в связи с чем обратилась к терапевту по месту жительства. Терапевтом был выставлен диагноз паротит и назначена соответствующая терапия, также пациентка получила направление к офтальмологу, который заподозрил конъюнктивит и назначил лечение. В это же время пациентка неоднократно обращалась к стоматологу с

жалобами на сухость в ротовой полости, недостаточное выделение слюны, появление «заед», постоянные боли в зубах и появление пришеечного кариеса. После прохождения назначенного лечения состояние не изменилось. Пациентка неоднократно лечилась у терапевта по поводу паротита. Со временем присоединилась отечность голеностопных суставов и кистей, снижение памяти, прогрессирующее снижение веса. Указанные симптомы постепенно нарастали, в связи с чем пациентка снова обратилась к участковому терапевту, который направил ее на консультацию к ревматологу. На приеме у ревматолога в связи с трудностью постановки диагноза, было выписано направление на дальнейшее обследование и лечение в БМУ «КОКБ».

На момент поступления общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение тела активное, телосложение астеническое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, сухие, подкожно-жировая клетчатка не выражена. Имеется отечность голеностопных суставов, тугоподвижность. Конечности при пальпации холодные. Наблюдается значительное увеличение околоушных лимфоузлов, деформирующих овал лица, малоблезненных при пальпации. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах легких, хрипов нет. ЧДД — 16 в мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов не выявлено. АД — 100/60 мм рт. ст., пульс — 70 уд/мин. При пальпации передней брюшной стенки — живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Температура — 35,9 °С.

В процессе проводимого обследования в лабораторных данных были выявлены: нормохромная анемия — ОАК (Hb — 102 г/л, эр. —  $3,6 \times 10^{12}$ , ЦП — 0,85), тромбоцитопения —  $130 \times 10^9$ /л, гипергаммаглобулинемия (гамма-глобулин — 33,7 %), повышение СОЭ (78 мм/ч), положительный РФ (пол. ++++), АНФ +, наличие сиаловых кислот (0,17), серомукоида (0,14), СРБ (3). При осмотре окулистом был выставлен диагноз: сухой кератоконъюнктивит. При проведении теста Ширмера – слезовыделение менее 5 мм за 5 мин. При осмотре ЛОР-врача был диагностирован паренхиматозный сиаладенит. Стимулированная сиалометрия менее 2 мл за 5 мин. В ревматологическом отделении были исключены такие патологии, как СКВ, ССД, ревматоидный артрит. На основании классификационных критериев Васильева был верифицирован диагноз: «Болезнь Шегрена, подострое течение, с постоянной активностью III–II, ксеростомия, генерализованный парадонтит, ксерофтальмия, субэпителиальный кератит, серопозитивный вариант, синдром Рейно, выраженный генерализованный амиотрофический синдром со снижением мышечной силы, анемия, полинейропатия, артрит, лимфаденит, серозиты, лимфоаденопатия, кардит, пневмосклероз, ДН II, ФК III», начато лечение глюкокортикоидами и симптоматическое лечение.

### **Выводы**

Несмотря на видимые симптомы заболевания, верифицировать диагноз болезни Шегрена остается трудной задачей, а следовательно, необходимо внимательно анализировать клинические проявления, а также лабораторные и инструментальные методы исследования заболевания, которые входят в классификационные критерии для постановки диагноза.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Васильев, В. И. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена / В. И. Васильев // РМЖ. — 2008. — № 10. — С. 638–648.
2. Иванова, В. М. Синдром Шегрена / В. М. Иванова // Международный студенческий научный вестник. — 2018. — № 4–2. — С. 242–244.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Шегрена // Ассоциация ревматологов России. — 2013. — 18 с.
4. Autoimmun bedingte Xerostomie / M. Hullmann [et al.] // Zahnärztliche Mitteilungen. — 2012. — № 3A (258). — С. 38–42.
5. Song, G. G. Diagnostic accuracies of sialography and salivary ultrasonography in Sjogren's syndrome patients: a meta-analysis / G. G. Song, Y. H. Lee // Clin. Exper. Rheumatol. — 2014. — № 32 (4). — С. 516–522.

УДК 616.12-009.72

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Могилевская А. В.

Научные руководители: старший преподаватель *З. В. Грекова*;  
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

### Введение

Нестабильная стенокардия (НС) — наиболее распространенное клиническое проявление острого коронарного синдрома [1]. Важно во время оценить факторы риска или изучить новые для выбора соответствующих методов предотвращения НС. Например, по данным регистра GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events), у пациентов с ранее установленным сахарным диабетом 2 типа (СД 2) госпитальная летальность от инфаркта миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST и НС составляет выше, чем у пациентов без СД 2 [2].

### Цель

Оценить факторы риска нестабильной стенокардии.

### Материал и методы исследования

Опрошены 37 пациентов, проходивших лечение в кардиологическом отделении «Гомельской городской клинической больницы № 3», поступивших с диагнозом нестабильная стенокардия, из них 21 женщин и 16 мужчин. Были собраны следующие данные о пациентах: пол, наличие или отсутствие СД 2, употребление алкоголя и (или) табачных изделий, наследственный анамнез, провоцирующие приступ стенокардии факторы, регулярность приема лекарственных средств.

### Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследованных пациентов 21 (56,8 %) женщин и 16 (43,2 %) мужчин. Средний возраст мужчин составил  $73 \pm 6,82$  лет, женщин —  $72,41 \pm 7,91$  лет.

Регулярно лекарственные средства, назначенные врачом принимали 32 (86,49 %) пациента.

Факторы риска НС представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Факторы риска НС

Факторы	Мужчины	Женщины
СД 2 типа	6 (37,5 %)	9 (42,86 %)
Употребление алкоголя и (или) курение	5 (31,25 %)	2 (9,52 %)
Отягощенный наследственный анамнез по ССЗ	5 (31,25 %)	11 (52,38 %)
Изменения метеоусловий	10 (62,5 %)	14 (66,67 %)
Острые респираторные инфекции (ОРИ)	2 (12,5 %)	2 (9,52 %)
Физическая нагрузка	10 (62,5 %)	8 (38,1 %)

СД 2 типа имели 42,86 % женщин и 37,5 % мужчин, употребляли алкоголь и (или) курили 9,52 % женщин и 31,25 % мужчин, отягощенный наследственный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) имели 52,38 % женщин и 31,25 % мужчин. Изменения метеоусловий в качестве провоцирующего фактора НС отмечали 66,67 % женщин и 62,5 % мужчин, ОРИ — 9,52 % мужчин, 12,5 % женщин, физическую нагрузку — 38,1 % женщин и 62,5 % мужчин.

### **Выводы**

40,54 % пациентов с нестабильной стенокардией имели коморбидное заболевание — сахарный диабет 2 типа. Отягощенный наследственный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям выявлен у 43,24 % пациентов. Употребление алкоголя и курение выявлено у 31,52 % мужчин и 9,52 % женщин. Факторами, провоцирующими нестабильную стенокардию у 66,67 % женщин и 62,5 % мужчин явились изменение метеоусловий, у 38,1 % женщин и 62,5 % мужчин — физическая нагрузка, у 9,52 % женщин и 12,5 % мужчин — острые респираторные инфекции, несмотря на то, что 86,49 % пациентов регулярно принимали назначенные врачом лекарственные средства.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Стратификация риска повторных коронарных событий у лиц с нестабильной стенокардией в отдаленные сроки наблюдения / И. А. Маркова [и др.] // Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. — 2013. — № 6. — С. 31–37.
2. Роль провоспалительных факторов в оценке прогноза больных прогрессирующей стенокардией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа / О. Л. Барбараш [и др.] // Сахарный диабет. — 2012. — № 4.

**УДК 616.379-008.64-06:616.89-008.454**

## **ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ**

*Мосунова Э. А., Подрез Н. Д.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Н. Василькова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Одной из актуальных проблем современной диабетологии являются психосоциальные аспекты сахарного диабета (СД). Известно, что нервная система — одна из основных мишеней для СД [1, 2]. И хотя патология периферической нервной системы (диабетическая нейропатия) хорошо изучена, этого нельзя сказать о поражениях центральной нервной системы и в первую очередь головного мозга. СД, с одной стороны, являясь тяжелым соматическим заболеванием, отражается на состоянии психики этих пациентов, а с другой — сами психологические нарушения влияют на течение заболевания, нередко приводя к его стойкой декомпенсации [3].

### **Цель**

Изучить распространенность депрессии у пациентов с СД 2 типа, осложненным диабетической полинейропатией (ДПН).

### **Материал и методы исследования**

В исследование было включено 77 пациентов, проходящих стационарное лечение в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», средний возраст  $56,37 \pm 5,38$  лет. Основную группу включала 52 чел. (67,4 %) среди них: 26 чел. (33,7 %) с СД 2 типа и ДПН и 26 чел. (33,7 %) — с СД 2 типа без ДПН. Контрольную группу составили 25 чел. (32,6 %) без СД. Методология исследования включала общеклиническое обследование пациентов, включающее исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и анкетирование с помощью госпитальной шкалы HADS, согласно которой баллы от 0–7 — отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога / депрессия, 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога / депрессия [3].

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «smSTATA» 14.2. Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений и доли (в %) от общего числа пациентов по выборке в целом или в соответствующей группе. Для сравнения переменных использовали непараметрический критерий U-теста Манна — Уитни. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

#### Результаты исследования и их обсуждение

По результатам анкетирования среди пациентов основной группы с СД 2 типа выявлено 20 (38,5 %) пациентов с депрессией из них: 8 (15,4 %) пациентов с субклинической и 12 (23,1 %) пациентов клинически выраженной депрессией. В контрольной группе было выявлено 3 (12 %) пациента с субклинической депрессией. Сравнение депрессии у пациентов основной и контрольной групп, проведенное с помощью теста  $\chi^2$ , выявило статистическую значимость ( $\chi^2 = 5,64$ ;  $p = 0,017$ ). Отдельно по частоте встречаемости депрессии, была рассмотрена основная группа пациентов с СД 2 типа в зависимости от наличия ДПН. У пациентов (с СД 2 типа и ДПН) в количестве 26 (33,7 %) человек было выявлено 13 (50 %) человек с депрессией, из них: 8 (30,8 %) пациентов с клинически выраженной депрессией, 5 (19,2 %) пациентов — субклинической депрессией. У пациентов (с СД 2 типа, без ДПН) 26 (33,7 %) человек с депрессией 7 (9,1 %) человек, из которых: 3 (11,5 %) человека — субклиническая, 4 (15,4 %) человека — клинически выраженная депрессия. Сравнительный анализ выявил различия между основной и контрольной группами, при этом уровень депрессии достоверно был выше в группе пациентов с СД 2 типа и ДПН ( $p < 0,001$ ) (рисунок 1).

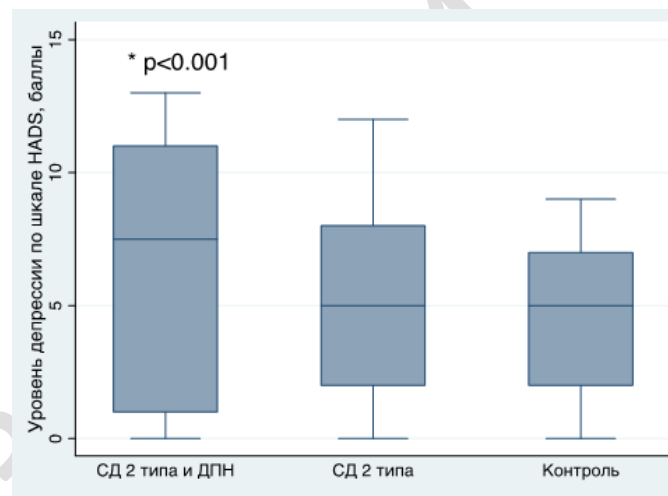


Рисунок 1 — Уровень депрессии по шкале HADS в зависимости от наличия СД 2 типа и ДПН

Затем пациенты были разделены в зависимости от возраста на две категории:  $< 60$  лет и  $\geq 60$  лет. В результате выявлено, что у пациентов основной группы часто встречалась депрессия среди лиц пожилого возраста 11 чел. (21,2 %), из них: 9 чел. (17,3 %) с СД 2 типа и ДПН, 2 чел. (3,9 %) с СД 2 типа без ДПН. У пациентов контрольной группы — среди лиц среднего возраста 2 чел. (8 %).

Результаты оценки гликемического контроля в зависимости от наличия депрессии при использовании стандартных подходов, свидетельствуют о негативном влиянии депрессии на компенсацию углеводного обмена. Проведенный нами сравнительный анализ с применением теста Манна — Уитни показал, что уровень HbA1c достоверно выше у пациентов с СД 2 типа и депрессией, по сравнению с пациентами, у которых по данным анкетирования депрессия не была выявлена ( $p = 0,001$ ) (рисунок 2).



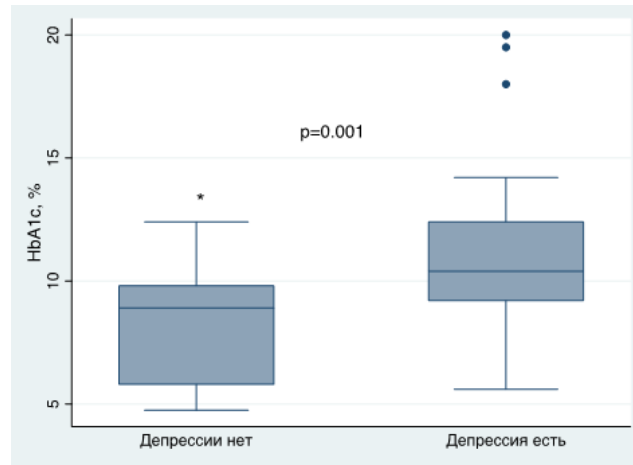


Рисунок 2 — Уровень HbA1c в зависимости от наличия депрессии

### Выводы

Наибольшая частота депрессии выявлена у пациентов с СД 2 типа (67,4 %), чем в контрольной группе ( $\chi^2 = 5,64$ ;  $p = 0,017$ ), при этом частота встречаемости достоверно возрас- тала при наличии ДПН. У пациентов основной группы часто встречалась депрессия среди лиц пожилого возраста (21,2 %). У основной группы пациентов наблюдается увеличение уровня депрессии при повышенном показателе гликированного гемоглобина ( $p < 0,05$ ).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Частота выявления диабетической полиневропатии нижних конечностей у больных сахарным диабетом в Санкт-Петербурге / О. Е. Хуторная [и др.] // Ученые записки СПбГМУ имени И. П. Павлова. — 2013. — № 20 (2). — С. 59–61.
2. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия / А. Я. Кравченко [и др.] // Клиническая медицина. — 2016. — № 94 (2). — С. 97–101.
3. Painful diabetic peripheral neuropathy: consensus recommendations on diagnosis, assessment and management / S. Tesfaye [et al.] // Diabetes Metab Res Rev. — 2011. — № 27. — P. 629–638.

УДК 616-379-008.64:316.34

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мосунова Э. А., Подрез Н. Д.

Научные руководители: к.м.н., доцент *О. Н. Василькова*;  
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

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

### Введение

В течение последних десятилетий сахарный диабет (СД) наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями становится все более распространенной патологией. Сахарный диабет сопровождается целым рядом серьезных осложнений, которые существенно ухудшают качество жизни больных и приводят к преждевременной смерти [1]. В связи с этим в последние десятилетия все шире применяется нетрадиционный подход к оценке эффективности медицинской помощи при различных заболеваниях, основанный на оценке качества жизни (КЖ), в том числе связанного со здоровьем. Так как любая хроническая патология оказывает непосредственное влияние на личность больного, скорее всего такое сложное соматическое заболевание, как сахарный диабет, также оказывает влияние на личностные особенности человека и что существенно отражается на качестве жизни пациента [2].

**Цель**

Оценить качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы исследования**

В исследовании приняли участие 77 пациентов, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». В основную группу включались пациенты с СД 2 типа (52 пациента), средний возраст от 40 до 70 лет. Контрольную группу составили 25 пациентов без СД той же возрастной категории.

Клиническое обследование пациентов осуществлялось с последовательностью, принятой в клинической эндокринологии и включало комплекс общеклинических исследований (лабораторных, инструментальных), консультации специалистов для верификации осложнений СД 2 типа и сопутствующей патологии на момент обследования. Качество жизни оценивали с применением опросника SF-36, состоящего из 11 разделов. Он позволяет выразить удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также самооценку выраженности болевого синдрома. Результаты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам (более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни) [2]. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета программы «Statistica» 6.1. Для сравнения переменных использовали непараметрический критерий U-теста Манна – Уитни. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение**

Обе группы были сопоставимы по возрасту ( $56,37 \pm 5,38$ ) лет в основной группе с СД 2 и  $55,39 \pm 4,72$  лет — в контрольной. Анализ КЖ пациентов с СД 2 типа и контрольной группы представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Анализ средних значений по показателям качества жизни шкалы SF-36

Шкала SF-36	СД 2 типа, n = 52	Контроль, n = 25	p
Жизнеспособность (ЖА)	$54,74 \pm 19,86$	$81,16 \pm 10,17$	$< 0,001$
Общее восприятие здоровья (ОСЗ)	$51,33 \pm 12,86$	$65,80 \pm 19,75$	$< 0,001$
Физическая активность (ФФ)	$49,25 \pm 10,01$	$68,20 \pm 15,87$	$< 0,001$
Интенсивность боли (ИБ)	$52,13 \pm 11,98$	$60,66 \pm 8,34$	$< 0,001$
Социальная активность (СФ)	$60,09 \pm 26,02$	$93,00 \pm 8,04$	$< 0,001$
Психическое здоровье (ПЗ)	$57,70 \pm 15,28$	$79,70 \pm 20,39$	$< 0,001$
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РФЭ)	$66,94 \pm 11,68$	$83,00 \pm 16,09$	$< 0,001$
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФФ)	$55,16 \pm 10,59$	$66,88 \pm 20,08$	$< 0,001$

Качество жизни пациентов с СД 2 типа по сравнению с лицами без СД оказалось значительно сниженным по всем шкалам опросника. Показатель физической активности был в 2 раза ниже ( $54,74 \pm 19,86$ ) по сравнению с группой контроля ( $81,16 \pm 10,17$ ). Показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, были ниже по сравнению с группой контроля ( $43,83 \pm 37,98$  и  $83,00 \pm 26,73$  соответственно). Отмечалось выраженное снижение показателей общего восприятия здоровья ( $52,13 \pm 11,98$  против  $60,66 \pm 8,34$  группы контроля), энергичности, настроения и жизненной активности ( $49,25 \pm 10,01$  против  $68,20 \pm 15,87$ ), психического здоровья ( $55,16 \pm 10,59$  против  $66,88 \pm 20,08$ ). В ходе анализа данных опросника не было получено достоверных различий по шкале РФЭ (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности):  $37,35 \pm 37,93$  против  $49,33 \pm 46,27$  группы контроля,  $p = 0,275$ .

Отдельно был проанализирован профиль КЖ у пациентов с СД 2 типа в зависимости от наличия диабетической полинейропатии (ДП) ( $33,7\%$  — с СД 2 типа и ДПН и  $33,7\%$  — с СД 2 типа без ДПН) (рисунок 1).

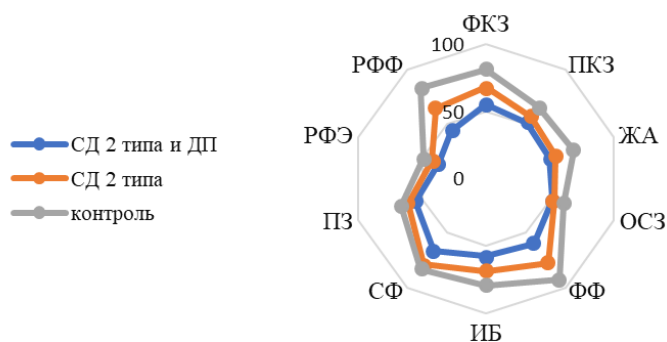


Рисунок 1 — Профиль качества жизни у пациентов с СД 2 типа в зависимости от наличия ДП

Как видно из данного рисунка 1, пациенты с СД 2 типа и ДП показывают еще более низкий профиль КЖ, чем пациенты с СД 2 типа без ДП (данные профиля КЖ у этой категории пациентов в данной статье не приводятся).

#### Выводы

Пациенты с СД 2 типа характеризуются более низким уровнем КЖ, чем пациенты без СД. Так, физический и психический компоненты здоровья были значительно снижены, составив, в среднем,  $54,74 \pm 19,86$  и  $51,33 \pm 12,86$  балла соответственно, в то время как в контрольной группе физический и психический компонент здоровья были в 1,5 раза выше, составив в среднем  $81,16 \pm 10,17$  и  $65,80 \pm 19,75$  балла соответственно ( $p < 0,05$ ). При этом выраженное снижение КЖ у пациентов с СД 2 типа усугублялось наличием диабетической полинейропатии и приводило к снижению физического и психического компонентов, составляющих качество жизни, почти вдвое ( $54,74 \pm 19,86$  и  $51,33 \pm 12,86$  против  $81,16 \pm 10,17$  и  $65,80 \pm 19,75$ ).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия / А. Я. Кравченко [и др.] // Клиническая медицина. — 2016. — № 94 (2). — С. 97–101.
2. SF-36 Health Survey / J. E. Ware [et al.] // Manual and Interpretation Guide, Lincoln, RI. Quality Metric Incorporated. — 2000. — P. 150.

УДК 616.36-004.4

### АЛКОГОЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

*Неброва А. С., Савицкая К. А.*

Научные руководители: к.м.н., доцент *Н. Ф. Бакалец*;  
ассистент *Н. Н. Багинская*

Учреждение образования

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

#### Введение

Алкогольный цирроз печени (АЦП) является распространенной формой хронического поражения печени, занимая второе место после неалкогольной жировой болезни печени, отличается высоким процентом летальных исходов и требует серьезных экономических вложений на реабилитацию пациентов. Медико-социальная актуальность данного заболевания обусловлена исторически сложившейся культурой потребления алкоголя населением Республики Беларусь и отсутствием действенных мер антиалкогольной политики. Течение АЦП характеризуется клинико-лабораторным разнообразием и различной тяжестью, которые определяют лечебную тактику и исход заболевания. Основопологающим в лечении является абсолютное воздержание от потребления алкоголя.

### Цель

Провести анализ клинико-лабораторных синдромов и осложнений алкогольных циррозов печени.

### Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы данные 30 медицинских карт пациентов с декомпенсированным токсико-алиментарным циррозом печени класса тяжести (КТ) «В», «С» по Чайльд-Пью, проходивших в 2019 г. лечение в терапевтическом, токсикологическом отделениях ГУЗ «Гомельская городская киническая больница скорой медицинской помощи». Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel».

### Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были городскими жителями, в 7 случаях одиноко проживающими, в 80 % случаев — безработными. Средний возраст пациентов составлял  $45 \pm 8,1$  года, из них мужчин — 20 (67 %), женщин — 10 (33 %). Ориентировочная продолжительность заболевания у 8 пациентов составляла 5 лет, у 12 пациентов — 3 года, у 10 пациентов — 1 год. Диагноз цирроза печени устанавливался с учетом традиционных клинических, лабораторно-инструментальных данных в соответствии с протоколом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 54 от 1 июня 2017 г. «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения». Алкогольная этиология цирроза печени подразумевалась на основании анамнестической информации о регулярном употреблении алкоголя.

Жалобы пациентов были представлены в 100 % случаев рамками астенического (слабость, повышенная утомляемость) и диспепсического (горечь во рту, снижение аппетита и тошнота, дискомфорт в эпигастрии и правом подреберье) синдромов, увеличением живота в размере (90 %), желтушным окрашиванием кожи и слизистых (100 %), нарушением сна (60 %). У некоторых пациентов были отмечены признаки систематического употребления алкоголя: «*facies alcoholica*» (33 %), гинекомастия (10 %), атрофия мышц плечевого пояса (10 %). В качестве сопутствующих заболеваний указывались: хронический панкреатит (83 %), ЖКБ (10 %), хронический пиелонефрит (10 %), артериальная гипертензия (20 %), варикозная болезнь нижних конечностей (20 %).

Анализ лабораторных синдромов продемонстрировал их следующую частоту встречаемости (в %) у пациентов с ЦП КТ «В», «С» по Чайльд-Пью (таблица 1).

Таблица 1 — Лабораторные синдромы у пациентов ЦП КТ «В», «С»

Лабораторный синдром	ЦП КТ «В» (50 %)	ЦП КТ «С» (50 %)
1. Цитолиз	60	10
2. Холестаз	80	90
3. Печеночно-клеточная недостаточность (ПКН)	50	90
4. Мезенхимально-воспалительный	40	10
5. Анемия, тромбоцитопения	100	100

Доминирующими проявлениями декомпенсации портальной гипертензии выступали асцит (2 степени у 90 % всех пациентов, напряженный асцит — у 10 % пациентов (КТ «С»)) и варикозное расширение вен пищевода (1 степени — 3 %, 2 степени — 53 % пациентов, 3 степени — 44 %). Порто-системная энцефалопатия 1 степени была диагностирована у 20 % пациентов, 2 степени — у 70 %, 3 степени — у 10 % пациентов. Развитие гепаторенального синдрома наблюдалось у 20 % пациентов.

### Выводы

Согласно данным проведенного анализа клиническое течение АЦП КТ «В», «С» пролеченных пациентов было представлено астеническим, диспепсическим, желтуш-

ным и асцитическим синдромами. Доминирующими лабораторными паттернами выступали синдром анемии, тромбоцитопении (у 100 % пациентов), холестаза и ПЖН (у 90 % пациентов КТ «С»), синдром холестаза у 80 % пациентов КТ «В»). У 10 % пациентов ввиду наличия напряженного асцита (КТ «С») выполнялся лечебный лапароцентез, в 90 % случаях (КТ «С») проводилась заместительная гемотрансфузия. Все пациенты имели анамнестические указания на употребление алкоголя, что диктует необходимость раннего амбулаторного скрининга расстройств употребления алкоголя (опросники CAGE, AUDIT) с последующим проведением превентивных терапевтических мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения (утвержден постановлением Министерства Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 54.) — С. 62–67.

УДК 616.611-052-053:547.495.9

### **ДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С УСЛОВНО НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА**

*Нечаева Е. С.*

**Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Щербахин**

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

#### **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения каждый год от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает 17,5 млн человек, в Республике Беларусь (РБ) в 2018 году значение составило 718 человек на каждые 100 тыс. населения. Одной из основных причин развития этих заболеваний является дисфункция почек. Согласно международной классификации болезней (МКБ-10) почечная дисфункция представлена термином «хроническая болезнь почек» (ХБП). В РБ ХБП регистрируется у 16 % лиц старше 60 лет. Старческий возраст является одной из основных причин развития как сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так и ХБП. По данным многочисленных исследований даже незначительное снижение функции почек приводит к развитию болезни органов кровообращения, а затем и к смерти [1].

#### **Цель**

Анализ уровня креатинина плазмы крови у пациентов разных возрастных групп с целью определения критериев снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

#### **Материал и методы исследования**

Для проведения исследования набран группа пациентов из 100 человек разных возрастных групп, с наличием сопутствующих заболеваний с целью определением среднего значения СКФ (СКФ<sub>ср</sub>), таблица 1.

В ходе анализа результатов выявлено преобладание пациентов мужского пола в исследовании.

В качестве методов исследования были использованы — определение индекса массы тела (ИМТ) по методу бельгийского социолога и статиста А. Кетле (1869), для расчета СКФ использовался калькулятор СКД EPI [3]. Обработка полученных данных производилась в программе «Microsoft Excel 2011». Для оценки силы связи между СКФ и возрастом пациентов проведен корреляционный анализ с расчетом парных коэффи-

циентов корреляции, которые позволяют установить тесноту связей между факторами. При его значениях в диапазоне от 0,2 до 0,4 корреляции считались слабыми, в диапазоне от 0,4 до 0,6 — средними, более 0,6 — сильными.

Таблица 1 — Исходные данные для анализа

№ п/п	Общее количество пациентов	Возрастная группа, лет	Пол		СКФ <sub>ср</sub> , мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>	Сопутствующие заболевания
			муж.	жен.		
1.	5	20–29	5	—	117,6	Артериальная гипертензия (АГ), гломерулонефрит
2.	2	30–39	2	—	107,5	АГ
3.	10	40–49	6	4	84,5	АГ, пиелонефрит
4.	21	50–59	10	11	74,5	АГ, ИБС, сахарный диабет (СД), пиелонефрит
5.	21	60–69	14	7	73,5	АГ, ИБС, СД, пиелонефрит
6.	27	70–79	15	12	66,2	АГ, ИБС, СД, пиелонефрит
7.	14	80 лет и старше	9	5	59	АГ, ИБС, СД, пиелонефрит

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были проанализированы по значимости во взаимосвязи показатели: СКФ, возраст пациентов, ИМТ и уровень креатинина сыворотки крови. По результатам проведенной работы было выявлено следующее:

1. Для диагностики критериев ХБП у пациентов старшей возрастной группы с ССЗ необходимо рассчитать и сравнить СКФ с уровнем креатинина сыворотки крови. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Анализ зависимости между СКФ и уровнем креатинина

Средний диапазон СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л)			
	80–85	85,1–90	90,1–95	95,1–100
45–60	0	0	0	3
60–85	2	2	16	16
85–90	1	1	3	2
Свыше 90	5	1	7	0

2. Снижение СКФ чаще наблюдается у пациентов с более низким значением ИМТ, чем у пациентов с высоким значением, которое говорит об избыточной массе тела или об ожирении.

3. В ходе анализа возрастных групп пациентов было выявлено, что снижение СКФ (ниже 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) отмечается у более молодой возрастной группы (50–60 лет), чем в ранее проведенных исследованиях (таблица 3).

Таблица 3 — Анализ зависимости между СКФ и возрастом пациентов

Средний диапазон СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	Возраст пациентов						
	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 лет и старше
15–30	0	0	0	1	0	0	0
30–45	0	0	0	0	0	2	2
45–60	0	0	0	3	3	9	4
60–85	0	0	6	12	14	13	8
85–90	0	0	2	1	3	3	0
Свыше 90	5	2	2	4	1	0	0

4. Корреляционный анализ не выявил статистически значимые корреляционные связи влияния возраста пациентов на СКФ. Парный коэффициент корреляции составил –0,659.

### **Выводы**

1. Сравнение СКФ у пациентов с сопутствующими заболеваниями и условно нормальным уровнем креатинина сыворотки позволило выявить признаки ХБП.
2. При анализе показателей было достоверно определено значительное снижение СКФ у пациентов с ИМТ 25 и менее.
3. Определены критерии снижения СКФ у 21 % пациентов в возрастном диапазоне 50–59 лет, что говорит о вероятности более раннего развития ХБП у пациентов данной возрастной группы.
4. Преобладание лиц мужского пола в ходе исследования с диагнозом АГ.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А. В. Смирнов [и др.]. — 2012. — Т. 16. — С. 89–115.
2. Антощенко, П. А. Особенности изменения скорости клубочковой фильтрации у лиц старшего возраста с физиологическим и патологическим типом старения [Электронный ресурс] / П. А. Антощенко. — Режим доступа: <https://eduherald.ru/article/view?id=16662>. — Дата доступа: 30.03.2020.
3. Калькулятор СКФ онлайн: расчет по формуле СКД-ЕПІ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://gormonoff.com/tools/raschet-skorosti-klubochkovoj-filtracii>. — Дата доступа: 20.03.2020.

**УДК 615.214:616.839**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Новиков А. А., Романюк К. В.*

**Научный руководитель: ассистент кафедры Н. Н. Смагина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СДВНС) (F45.3, МКБ-10) — хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием неспецифических жалоб и синдромов вегетативного характера при отсутствии органических изменений со стороны различных систем организма.

Важное практическое значение составляет тот факт, что невротические расстройства, на фоне которых развивается это заболевание, в большинстве случаев не осознаются самим пациентом. Также в связи с многообразием симптомов этого заболевания для исключения органической патологии необходимы консультации специалистов различных профилей.

Клинически заболевание проявляется нарушением сна, повышением АД в пределах нормального (до 140/90), нарушением мочеиспускания, частыми головными болями, приступами кардиалгии.

Препаратами выбора являются средства влияющие на невротические расстройства, способствующие нормализации указанных симптомов. Чаще других применяются анксиолитические препараты из бензодиазепинового ряда, в виде короткого курса, и так называемые «дневные» транквилизаторы. Также есть возможность сочетать анксиолитические средства из группы бензодиазепинов с антидепрессантами. В качестве средств резерва, когда у пациента наблюдается выраженная тревога и ее не получается купировать бензодиазепинами, назначают антипсихотики с седативным эффектом. Сюда можно отнести сульпирид, флупентиксол, хлорпротиксен.

### Цель

Оценить эффективность применения психотропных лекарственных средств как метода медикаментозной терапии при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

### Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе филиала № 6 учреждения здравоохранения «Гомельская городская центральная поликлиника». Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт амбулаторных больных с диагнозом СДВНС и проведено анкетирование на тему: «Улучшения качества жизни».

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были отобраны медицинские карты амбулаторных больных 42 пациентов с диагнозом СДВНС в возрасте 30–60 лет. Из них 32 мужчины и 10 женщины. У всех пациентов заболевание длилось больше 5 лет. Среди сопутствующих заболеваний чаще встречались: артериальная гипертензия у 85 % (36 человек), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у 40 % (17 человек), головные боли у 20 % (8 человек) панкреатит у 10 % (4 человек), приступы кардиалгии у 10 % (4 человека), сахарный диабет у 15 % (6 человек), псориаз у 5 % (2 человека) пациентов. В анамнезе выявлены частые простудные заболевания.

Всем пациентам были проведены электрокардиографическое, спирографическое исследование, такие лабораторные исследования как общий и биохимический анализ крови, глюкоза крови натощак, общий анализ мочи.

Нами были определены лекарственные средства, которые назначались чаще остальных, при данной патологии: Адаптол, Афобазол, Грандаксин, Фенибут, Пароксетин, Сертралин. Так же, среди пациентов было проведено анкетирование образца SF-36 на тему: «Улучшение качества жизни».

Нами были сопоставлены часто используемые препараты с результатами анкетирования (таблица 1).

Таблица 1 – Данные об эффективности лечения СДВНС

Параметры	Препараты					
	Адаптол	Грандаксин	Афобазол	Фенибут	Пароксетин	Сертралин
Улучшение самочувствия	25 %	27 %	10 %	30 %	5 %	3 %
Удовлетворенность состоянием своего здоровья	27 %	25 %	10 %	26 %	3 %	3 %
Улучшение сна	30 %	25 %	10 %	25 %	5 %	5 %
Повышение работоспособности	35 %	27 %	10 %	20 %	3 %	5 %
Удовлетворенность способностью выполнять свои повседневные обязанности	38 %	30 %	7 %	20 %	3%	5 %
Увеличение энергии	30 %	27 %	12 %	25 %	3 %	3 %
Восстановление красочности жизни	30 %	30 %	7 %	25 %	3 %	5 %
Удовлетворенность своей жизнью	35 %	30 %	9 %	20 %	3 %	3 %
Уменьшение частоты головных болей	25 %	27 %	10 %	30 %	5 %	3 %
Снижение тревоги	30 %	27 %	12 %	25 %	3 %	3 %
Уменьшение раздражительности	30 %	25 %	14 %	25 %	3 %	3 %
Уменьшение частоты головокружений	30 %	25 %	9 %	30 %	3 %	3 %
Снижение частоты повышения АД	35 %	30 %	3 %	20 %	9 %	3 %
Исчезновение или уменьшение приступов кардиалгии	38 %	30 %	5 %	20 %	3 %	7 %
Снижение частоты обострений сопутствующих хронических заболеваний	30 %	25 %	25 %	5 %	10 %	5 %
Уменьшение заболеваемости острыми респираторными инфекциями	27 %	26 %	25 %	10 %	3 %	3 %



Представленные данные отражают наибольшую эффективность препарата Адаптол из группы «дневных» транквилизаторов.

**Выводы**

Полученные результаты исследования указывают на необходимость применения в комплексном лечении соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы препаратов психотропного действия из группы анксиолитиков, что подтверждает невротическую природу данного заболевания.

**УДК 616 - 005**

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ,  
СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Озерова Е. Е.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. М. Хардикова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

**Введение**

На сегодняшний день одной из самых актуальных проблем кардиологии является ишемическая болезнь сердца (ИБС). ИБС представляет собой острую или хроническую дисфункцию, возникающую в результате абсолютного или относительного уменьшения снабжения миокарда артериальной кровью. В основе этиологии этого заболевания лежит атеросклероз коронарных артерий (КА). Факторами риска развития атеросклероза являются гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, избыточные вес, курение, а также мужской пол, наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, гиподинамия. На сегодняшний день у 95 % больных ИБС отмечается атеросклероз коронарных артерий.

В настоящее время единственным надежным методом диагностики атеросклероза является коронароангиография (КАГ). Применение современных методов лечения способствуют пролонгированию и улучшению качества жизни больных ИБС.

**Цель**

Провести ретроспективный анализ результатов коронароангиографии у больных со стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС) кардиологического отделения БМУ КОКБ (по данным за 2018 г.).

**Материал и методы исследования**

Был выполнен ретроспективный анализ 154 историй болезни пациентов со СИБС кардиологического отделения БМУ КОКБ, находящихся на лечении с целью проведения рентгенэндоваскулярных исследований. Среди исследуемых женщин 56, мужчин — 98. Средний возраст больных составил  $57,3 \pm 2,5$  лет. Пациентам было выполнено следующее клиничко-лабораторное обследование: биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины, липидный профиль), электрокардиография, эхокардиография, велоэргометрия, коронароангиография (КАГ). При проведении КАГ определяли процентную степень облитерации просвета сосуда, а также точное место расположения стеноза относительно сегментов трех магистральных артерий кровоснабжения миокарда. Все результаты были разделены по трем категориям, каждая из которых определяет критерий гемодинамической значимости стеноза коронарной артерии: более 70 %, 50–70 % и менее 50 % внутреннего диаметра артерии. Количество и тип поражения коронарных сосудов классифицировали по АСС/АНА.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В анамнезе у 28 % пациентов (43 больных) отмечен сахарный диабет 2 типа, у 61 % больных (94 человек) по данным ЭКГ выявлен постинфарктный кардиосклероз. Чаще всего постинфарктные изменения затрагивали нижнюю стенку, у 57 (60,6 %) человек, следующей по частоте выявления рубцовых изменений является передняя и передне-перегородочная локализация, у 22 (23 %) больных, поражения ниже-боковой стенки наблюдались у 15 (15,9 %) человек. По результатам лабораторного исследования у всех пациентов выявлена дислипидемия. Полученные данные ЭКГ сопоставимы с данными полученными при проведении КАГ.

По результатам коронароангиографического исследования гемодинамически значимый стеноз коронарных артерий (сужение просвета сосуда на 70 % и более) был диагностирован у 113 (73,3 %) из 154 больных; у 26 (16,8 %) пациентов был отмечен стеноз коронарных артерий с обтурацией от 50 до 70 % диаметра артерии; у 15 (9,9 %) исследуемых отсутствовали патологические изменения коронарных артерий, либо стеноз составлял менее 50 % просвета сосуда. При этом отмечено, что гемодинамически значимый стеноз чаще возникал в правой коронарной артерии (у 112 пациентов), а наиболее распространенная локализация стеноза — средняя треть.

В зависимости от количества вовлеченных в патологический процесс коронарных исследуемые распределились следующим образом: поражение одного сосуда — 61 (39,6 %) человек, поражение двух сосудов — 69 (44,8 %), поражение трех эпикардальных артерий — 24 (15,6 %).

### **Выводы**

Неуклонное старение населения развитых стран увеличивает удельный вес сердечно-сосудистых болезней в общей структуре заболеваемости и ведет к увеличению количества пожилых пациентов с хронической ИБС. Несмотря на прогрессивное развитие методов диагностики, улучшение качества методик лечения и совершенствование профилактического направления, ишемическая болезнь сердца остается ведущей в структуре заболеваемости и смертности в развитых странах.

Метод коронароангиографии позволяет с высокой точностью оценить состояние коронарного русла и диагностировать атеросклеротическое поражение сосудистой стенки.

Наиболее распространенной локализацией атеросклеротической окклюзии у пациентов со стабильной ИБС является правая коронарная артерия, на втором месте по частоте встречаемости атеросклеротического склероза находится передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии, третье место — огибающая ветвь системы левой коронарной артерии (ОВ). В качестве предрасполагающих факторов могут быть рассмотрены сахарный диабет и дислипидемия. У большинства пациентов выявлен двухсосудистый коронарный атеросклероз.

УДК 616.12-008.313.2-06

## **КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

*Остапец В. И.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

### **Введение**

Фибрилляция предсердий (ФП) — одна из самых распространенных видов аритмий, которая встречается в клинической практике, а также является причиной около

трети госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца. За последние 20 лет госпитализация пациентов с ФП выросла на 66 %, что обусловлено распространенностью хронических заболеваний, увеличением возраста пациентов и улучшением диагностики данной формы нарушения ритма [1]. Во Фрамингемском исследовании независимыми предикторами ФП были артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) [2]. В другом исследовании наиболее частыми сопутствующими ФП заболеваниями были АГ (63 %), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (32 %), сердечная недостаточность (26 %) и пороки сердца (21 %) [3].

### Цель

Изучить распространенность коморбидной патологии у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

### Материал и методы исследования

Обследованы 31 пациент, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом, эндокринологическом и кардиологическом отделениях ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с диагнозом пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. По возрасту, согласно классификации ВОЗ, обследуемые пациенты разделены на III группы: I группа средний возраст (45–60 лет), II группа пожилой возраст (60–75 лет), III группа старческий возраст (75–90 лет). Для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) использован онлайн калькулятор ([www.cardioneurology.ru/skf/](http://www.cardioneurology.ru/skf/)).

### Результаты исследования и их обсуждение

Обследованы 14 (45,16 %) мужчин и 17 (54,84 %) женщин, средний возраст мужчин составил  $70 \pm 5,47$  лет, а женщин —  $69 \pm 8,92$  лет. Средний возраст без отличий между мужчинами и женщинами составил 69 лет. Распределение пациентов по полу, возрасту и коморбидной патологии представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов с пароксизмальной формой ФП с коморбидной патологией по полу, возрасту

Коморбидная патология	Мужчины (n=14)				Женщины (n=17)					
	II группа		III группа		I группа		II группа		III группа	
	N = 11	%	N = 3	%	N = 4	%	N = 10	%	N = 3	%
СД 2 типа	2	14,29	1	7,14	—	—	3	17,65	2	11,76
Подагра	1	7,14	—	—	—	—	—	—	—	—
Гипотиреоз	—	—	1	7,14	—	—	—	—	—	—
АГ	11	78,57	3	21,43	4	23,53	10	58,82	3	17,65
ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз (АСКС)	11	78,57	3	21,43	4	23,53	10	58,82	3	17,65
ИБС: АСКС + Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС)	2	14,29	—	—	—	—	—	—	—	—
ИБС: стабильная стенокардия напряжения (СН)	1	7,14	—	—	1	5,88	1	5,88	1	5,88
ХБП	11	78,57	3	21,43	4	23,53	10	58,82	3	17,65
Хронический пиелонефрит	1	7,14	—	—	—	—	2	11,76	—	—
Перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)	1	7,14	—	—	—	—	—	—	—	—

Во II группе у мужчин выявлены: у 11 (78,57 %) — АГ, у 11 (78,57 %) — ИБС: АСКС, у 11 (78,57 %) — ХБП, у 2 (14,29 %) — СД, у 2 (14,29 %) — ИБС в сочетании с АСКС и ПИКС; в III группе у мужчин: у 3 (21,43 %) — АГ, у 3 (21,43 %) — ИБС: АСКС, у 3 (21,43 %) — ХБП.

У женщин в I группе выявлены: у 4 (23,53 %) — АГ, у 4 (23,53 %) — ИБС: АСКС, у 4 (23,53 %) пациентов ХБП; у женщин во II группе: у 10 (58,82 %) — АГ, у 10

(58,82 %) — ИБС: АСКС, у 10 (58,82 %) — ХБП, у 3 (17,65 %) — СД, у 2 (11,76 %) — хронический пиелонефрит. У женщин в III группе выявлены: у 3 (17,65 %) — АГ, у 3 (17,65 %) — ИБС: АСКС, у 3 (17,65 %) — ХБП.

У мужчин во II группе выявлены: ХБП С2 стадии у 2 (14,29 %), ХБП С3а — 2 (14,29 %), ХБП С3б — 4 (28,57 %) и ХБП С4 — 3 (21,43 %). У мужчин в III группе с ХБП С3б — 3 (21,43 %) пациента. У женщин в I группе выявлены ХБП С2 стадия у 2 (11,76 %) пациентов, ХБП С3а стадия — 2 (11,76 %). Во II группе у женщин выявлены ХБП С2 стадия у 4 (23,53 %), ХБП С3а — 2 (11,76 %), ХБП С3б стадия — 2 (11,76 %) и ХБП С4 — 2 (11,76 %), у женщин в III группе выявлены ХБП С3а стадии у 1 (5,88 %), ХБП С3б стадии — 2 (11,76 %).

### **Выводы**

Как у мужчин, так и у женщин с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий ведущее место в коморбидности занимали сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический кардиосклероз, артериальная гипертензия). Хроническая болезнь почек выявлена как у мужчин, так и у женщин во всех возрастных группах. Сахарный диабет 2 типа выявлен у 21,43 % мужчин и 29,41 % женщин.

Учитывая высокую распространенность коморбидной патологии у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий необходимо проводить своевременную диагностику сопутствующей патологии, что может повлиять на течение основного заболевания.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Rising rates of hospital admissions for atrial fibrillation / J. Friberg [et al.] // Epidemiology. — 2003. — Vol. 14. — P. 666–672.
2. Epidemiology features of chronic atrial fibrillation: the Framingham Study / W. B. Kannel [et al.] // N. Eng. J. Med. — 1982. — Vol. 306. — P. 1018–1022.
3. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC Member Countries. The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation / R. Nieuwlaat [et al.] // Eur. Heart Journal. — 2005. — Vol. 26.

**УДК 616.36-004(476.2-25)**

## **СТРУКТУРА ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ГОРОДСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ Г. ГОМЕЛЯ**

*Поддубный А. А., Тимашков О. В.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Цирроз печени (ЦП) — хроническое диффузное дегенеративно-воспалительное заболевание, которое прогрессирует в большинстве случаев, несмотря на прекращение действия этиологических факторов. При циррозе печени уменьшается масса функционирующих клеток, происходит перестройка структуры паренхимы и сосудистой сети органа в результате фиброза с образованием узлов регенерации и сосудистых анастомозов [1, 2]. Причинами ЦП чаще всего являются вирусы гепатитов С и В, неалкогольная жировая болезнь печени, алкогольная болезнь печени, наследственные заболевания, лекарственные поражения печени [3, 4].

### **Цель**

Проанализировать структуру и медикаментозное лечение пациентов с циррозами печени в городском отделении гастроэнтерологии г. Гомеля.

### **Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный когортный анализ данных 73 историй болезней пациентов с ЦП, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Гомельской городской клинической больницы в 2019 г. Данные пациентов заносились и анализировались в «MS Excel 2010».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст составил  $54,04 \pm 10,79$  лет. Проанализирована возрастная структура 72 пациентов: до 30 лет — 1 чел. (1,4 %), 30–39 лет — 8 чел. (11,1 %), 40–49 лет — 15 чел. (20,83 %), 50–59 — 25 чел. (34,72 %), 60–69 — 18 чел. (25 %), 70 лет и старше — 5 чел. (6,97 %). Мужчины — 47,2 %, женщины — 52,8 %. Большая часть пациентов 38 (52,7 %) была трудоспособного возраста. Пациентов с инвалидностью было выявлено 27 чел. (37,5 %). Класс тяжести А по Чайлд-Пью был установлен у 24 (33,3 %) пациентов, класс В — у 25 (34,7 %), класс С — у 23 (31,9 %).

Среднее количество дней пребывания в стационаре составило  $12,83 \pm 5,35$  дней. Впервые обратились 10 (13,8 %) пациентов с циррозом печени, повторно — 62 (86,2 %).

По этиологии ЦП: 71 (98,6 %) — криптогенный, 1 (1,4 %) — смешанной этиологии.

Наиболее частым осложнением ЦП, по нашим данным, была печеночная энцефалопатия (ПЭ) — у 57 (79,1 %), из которых у 48 (84,2 %) пациентов имели 1 степень, 7 (12,2 %) пациентов — 2 степень, 2 (3,6 %) пациентов — 3 степень.

Печеночно-клеточная недостаточность (ПКН) была выявлена у 32 (44,4 %) пациентов, 7 (21,9 %) пациентов имели 1 степень, 15 (46,9 %) пациент — 2 степень, 10 (31,2 %) пациентов — 3 степень.

Асцит был выявлен у 26 (36,1 %) пациентов, 8 (30,7 %) пациентов — 1 степень, 12 (46,1 %) пациентов — 2 степень, 6 (23,2 %) пациентов — 3 степень.

Варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) имелись у 36 (50 %) пациентов, из которых 1 степени — 15 (41,7 %) человек, 2 степени — 18 (50 %), у 3 (8,3 %) человек — 3 степень.

Портальная гипертензия имела у 57 (79,2 %) пациентов, из которых с асцитом 21 чел. (36,8 %), с ВРВП 30 чел. (52,6 %), в сочетании — у 6 (10,5 %) пациентов.

Большое значение имеет сопутствующая патология, которая утяжеляет состояние пациента и требует медикаментозного лечения. Такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет (СД), по нашим данным, встречался у 14 (19,4 %) пациентов, из которых СД 1 типа — у 1 (7,15 %) пациента, у 13 (92,85 %) пациентов — СД 2 типа. Артериальная гипертензия (АГ) была установлена у 23 (31,94 %) пациентов, 1 степени — у 2 (8,69 %), 2 степени — у 19 (82,68 %), 3 степени — у 2 (8,69 %) пациентов. Анемия различной этиологии имела у 6 (8,33 %) человек, ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 17 (23,61 %) пациентов, желчекаменная болезнь (ЖКБ) у 10 (13,88 %) человек. Другие сопутствующие заболевания встречались реже: гастрит, язва 12-перстной кишки и хронический пиелонефрит — 4 (5,55 %) человека, хронический панкреатит — 7 (9,72 %) пациентов, 5 (6,94 %) пациентов имели хронический холецистит, такое осложнение как гастроэзофагорефлюксная болезнь (ГЭРБ) имела у 2 (2,77 %) пациентов.

Общий билирубин был повышен у 82,2 % пациентов, увеличены уровни АЛТ у 21,9 %, АСТ — у 42,4 %, щелочной фосфатазы — у 80,8 %, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) — у 71,2 %, СОЭ — у 52 %. Общий анализ мочи был проведен у всех 73 пациентов. У большинства пациентов (96,9 %) определялись уровни альбумина.

В результате анализа лечения пациентов с ЦП в стационаре установлено, что всем пациентам назначены лекарственные средства из группы специфической терапии (чаще — урсодезоксихолевая кислота, которая была назначена 71 (98,6 %) пациентам), 36 (50 %) пациентов получали диуретические препараты (фуросемид, спиронолактон). С целью

профилактики кровотечений из варикозных вен пищевода пациенты с портальной гипертензией получали  $\beta$ -адреноблокаторы (метопролол, анаприлин, карвелэнд). Все пациенты с ПЭ принимали лактулозу. Препараты аминокислот (гепавил) были назначены 54 (75 %) пациенту. Метронидазол получали 12 (16,66 %) пациентов. 71 (98,61 %) пациентов получали блокаторы протонной помпы (лансазол, пантопрозол).

#### **Выводы**

Цирроз печени в настоящее время развивается в основном у лиц трудоспособного возраста (52 %), чаще у женщин (52,78 %), чем мужчин (47,22 %), у пациентов в возрастной группе 50–59 лет (34,3 %). Осложнения цирроза присутствовали у большинства госпитализированных пациентов, наиболее частыми являлись печеночная энцефалопатия (79,1 %) и портальная гипертензия (79,2 %).

Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями у пациентов с ЦП были АГ (31,9 %), ИБС (23,6 %), СД (19,4 %), реже диагностированы анемия различной этиологии, ЖКБ, гастрит, язва 12-перстной кишки, хронический пиелонефрит, хронический панкреатит.

В стационаре пациенты получали нутритивную поддержку, лекарственные средства из группы специфической терапии, лекарственные средства на основе разветвленных аминокислот, лактулозу, диуретические средства,  $\beta$ -адреноблокаторы, антибактериальные средства в соответствии с действующим Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения».

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Болезни печени и желчевыводящих путей: рук-во для врачей / под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: М-Вести, 2002. — С. 10–247.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 345 с.
3. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 122 с.
4. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.

**УДК 616.36:616.831**

### **КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ**

*Поплавский М. В.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева, ассистент И. Л. Мамченко**

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

#### **Введение**

Наиболее частым и социально значимым осложнением всех хронических заболеваний печени является печеночная энцефалопатия (ПЭ). Развитие ПЭ свидетельствует о глубоких, но потенциально обратимых изменениях в головном мозге, обусловленных прогрессированием печеночной недостаточности. Клиническая картина весьма разнообразна и может варьироваться от нарушения сна и легкой дезориентации до комы. Чувствительность психометрических тестов в выявлении латентной ПЭ составляет 70–80 % [1, 2, 3].

#### **Цель**

Определить показатели теста связывания чисел и биохимических анализов крови у пациентов с циррозом печени (ЦП) различной степени ПЭ.

#### **Материал и методы исследования**

В ходе работы был проведен анализ 21 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Гомельской городской клинической

больнице № 3 г. Гомель в 2020 г. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 10.0 и «MEDCALC Software».

**Результаты исследования и их обсуждение**

Клинические проявления ПЭ включают расстройства психики и нервно-мышечную симптоматику и могут быть субклиническими, выявляемыми лишь специальными психометрическими тестами. В связи с этим, с целью ранней диагностики ПЭ в клинической практике широко применяются психометрические тесты. В данном исследовании были применены следующие тесты: тест связи чисел, почерка [4].

Показатели психометрического тестирования отражают степень ПЭ. В исследуемой группе было выявлено 2 (10 %) пациента с латентным течением энцефалопатии (тест связи чисел  $48,5 \pm 0,5$  с). Пациенты данной группы не имели субъективных симптомов заболевания. 7 (33 %) пациентов (тест связи чисел  $66,1 \pm 3,1$  с) — 1 степень энцефалопатии, которые жаловались на нарушение нормального ритма сна и бодрствования, быструю утомляемость, апатию, отмечается изменение почерка; 12 (57 %) пациентов (тест связи чисел  $85,5 \pm 5,5$  с) — 2 степень ПЭ, имеющие жалобы на повышенную сонливость, заторможенность, отмечается агрессивность поведения, тремор рук. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Степень энцефалопатии в исследуемой группе

Результаты тестирования	Степень энцефалопатии			
	субклиническая	1 степень	2 степень	3 степень
Тест связи чисел, с	$48,5 \pm 0,5$	$66,1 \pm 3,1$	$85,5 \pm 5,5$	—
Количество человек	2	7	12	0

Так же у всех пациентов было проведено лабораторное обследование с определением следующих показателей: общий билирубин, аланинаминотрансфераза (АлАТ), аспартатаминотрансфераза (АсАТ), гамма-глутамилтрансфераза (ГГТП), протромбиновый индекс (ПТИ).

Уровень общего билирубина в группе с субклиническим течением в пределах нормы, в группе с 1 степенью ПЭ —  $28,9 \pm 12,9$  мкмоль/л; у пациентов со 2 степенью ПЭ уровень билирубина  $250,45 \pm 50$  мкмоль/л. При изучении уровня АлАТ, АсАТ выявлено: нормальные значения у пациентов с субклиническим течением и 1 степенью ПЭ — 9 (43 %) пациентов, у пациентов со 2 степенью ПЭ — 12 (57 %) пациентов наблюдается повышение уровня АлАТ, АсАТ  $100,3 \pm 50,7$  ед/л,  $87 \pm 50$  ед/л соответственно. Уровень ГГТП повышен у пациентов всех исследуемых групп. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о преобладании в печени пациентов с ПЭ явлений цитолиза.

В 1-й и 2-й группе, которые соответствуют субклинической и 1 степени ПЭ — 9 (43 %) человек ПТИ соответствует норме. В 3-й группе (2 степень ПЭ) отмечается снижение ПТИ до  $0,5 \pm 0,18$ , которое соответствует гипокоагуляции, что связано со снижением белоксинтетической функции гепатоцитов. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Особенности биохимических показателей исследуемой группы

Биохимические показатели	Степени печеночной энцефалопатии			
	субклиническая (n = 2)	1 степень (n = 7)	2 степень (n = 12)	3 степень (n = 0)
Общий билирубин (мкмоль/л)	$13,25 \pm 3,05$	$28,9 \pm 12,9$	$109,45 \pm 52,8$	—
АлАТ (ед/л)	$25,5 \pm 7,5$	$28,25 \pm 7,7$	$100,3 \pm 50,7$	—
АсАТ (ед/л)	$26 \pm 2$	$21,5 \pm 5,5$	$87 \pm 50$	—
ГГТП (ед/л)	$76,5 \pm 13,5$	$119,1 \pm 50,9$	$295,4 \pm 100,6$	—
Протромбиновый индекс	$0,93 \pm 0,03$	$0,77 \pm 0,15$	$0,5 \pm 0,18$	—

### **Выводы**

При прогрессировании степени ПЭ увеличиваться время проведения теста связывания чисел с  $48,5 \pm 0,5$  (субклиническая ПЭ) до  $85,5 \pm 5,5$  (2 степень ПЭ). У пациентов с ПЭ 2 степени наблюдаются более выраженные отклонение от нормы следующих биохимических показателей: общий билирубин, АлАТ, АсАТ, ГГТП, ПТИ, что может быть обусловлено прогрессированием ЦП.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Буеверов, А. О. Трудные вопросы диагностики и лечения печеночной энцефалопатии / А. О. Буеверов, М. В. Маевского // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. — 2015. — № 1. — С. 25–30.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 332с.
3. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 44 с.
4. Дядык, А. И. Цирроз печени / А. И. Дядык // Новости медицины и фармации. — 2017. — № 5 (449). — С. 24–31.

УДК 616.72-002.77-06

## **КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

*Потерёбкина И. В., Селюжицкий Д. С.*

**Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

### **Введение**

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое системное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно синовиальных суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита, возможным развитием полиорганного поражения и тяжелых осложнений, таких как вторичный амилоидоз [1].

РА представляет собой наиболее распространенное аутоиммунное заболевание человека, которое регистрируют во всех климатогеографических зонах, во всех возрастных, расовых и этнических группах, поражая 0,5–2 % взрослого населения Земли в наиболее работоспособном возрасте (35–55 лет) [1]. РА имеет общемедицинское и социальное значение, приводя к колоссальным экономическим потерям [1]. Болезнь встречается в 2,5 раза чаще у женщин, чем у мужчин, однако у пациентов, серопозитивных по ревматоидному фактору и у лиц пожилого возраста эти половые различия менее выражены [2].

Коморбидность — сочетание у одного больного двух- и (или) более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них [3].

Проблема коморбидных состояний у пациентов с РА является актуальной для современной практической ревматологии, поскольку сопутствующие заболевания влияют на течение и результаты лечения данного заболевания [3].

### **Цель**

Изучить структуру и частоту коморбидных заболеваний у пациентов с РА.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ историй болезней 51 пациента с РА, находившегося на стационарном лечении в отделении ревматологии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1». По возрасту согласно критериям ВОЗ обследуемые пациенты (51 чело-



век) разделены на 3 группы: I группа — молодой возраст (18–44 года), II группа — средний возраст (45–59 лет), III группа — пожилой возраст (60–74 года). Лечение и обследование пациентов проводилось согласно протоколу МЗ РБ.

Группу наблюдения пациентов с РА составили 40 (78,43 %) женщин и 11 (21,57 %) мужчин, которым установлен соответствующий диагноз согласно классификационным критериям РА ACR/EULAR 2010 г.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Группу наблюдения пациентов с РА составили 40 (78,43 %) женщин и 11 (21,57 %) мужчин. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастной состав обследованных пациентов

Пол	I группа	II группа	III группа
Женский (40 человек)	9 (17,65 %)	23 (45,1 %)	8 (15,69 %)
Мужской (11 человек)	2 (3,92 %)	4 (7,84 %)	5 (9,8 %)

Распределение пациентов с РА по коморбидным заболеваниям представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Коморбидные заболевания у пациентов с РА

Показатели	I группа		II группа		III группа	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины
ИБС (16 (31,37 %) пациентов)	—	—	5 (9,8 %)	1 (1,96 %)	8 (15,69 %)	2 (3,92 %)
АГ (13 (25,49 %) пациентов)	1 (1,96 %)	1 (1,96 %)	3 (5,88 %)	1 (1,96 %)	4 (7,84 %)	3 (5,88 %)
СД (8 (15,69 %) пациентов)	2 (3,92 %)	—	3 (5,88 %)	—	3 (5,88 %)	—
ХОБЛ (4 (7,84 %) пациента)	—	—	1 (1,96 %)	1 (1,96 %)	—	2 (3,92 %)

Среди коморбидных заболеваний у женщин молодого возраста выявлены артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), у женщин среднего возраста ишемическая болезнь сердца (ИБС), АГ, СД и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); среди женщин пожилого возраста чаще встречались ИБС, АГ, СД. У мужчин молодого возраста из коморбидных заболеваний выявлена АГ, в среднем и пожилом возрасте — ИБС, АГ, ХОБЛ.

#### Выводы

Коморбидные заболевания выявлены у 80,39 % пациентов (у 58,82 % женщин и 21,57 % мужчин) с ревматоидным артритом. Ведущее место в состоянии коморбидности занимала кардиоваскулярная патология: ишемическая болезнь сердца (31,37 %) и артериальная гипертензия (25,49 %). Сахарный диабет выявлен у 15,69 % пациентов, хроническая обструктивная болезнь легких — у 7,84 %.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Князева, Л. И. Внутренние болезни: учебник для студентов медицинских вузов / Л. И. Князева, Л. А. Князева, И. И. Горайнов. — Курск: Издательство Курского государственного медицинского университета, 2013. — 619 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. — 3-е изд., испр. и доп. — 2013. — Т. 2. — 896 с.
3. Яременко, О. Б. Коморбидные состояния при ревматоидном артрите / О. Б. Яременко // Здоров'я України [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://health-ua.com/pics/pdf/ZU\\_2013\\_Cardio\\_4/64-65.pdf](http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2013_Cardio_4/64-65.pdf).

УДК 616-005:616.36-004

## ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

*Принеслик А. В.*

Научные руководители: к.м.н. доцент *Е. Г. Малаева*;  
ассистент *И. Л. Мамченко*

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

### **Введение**

Цирроз печени (ЦП) является достаточно актуальной социальной и медицинской проблемой. Это связано с увеличением частоты заболеваемости и смертности от осложнений этой патологии. Печень играет центральную роль в процессах свертывания крови, поэтому заболевания печени неизменно связаны с нарушениями системы гемостаза. Геморрагический синдром является распространенной и часто несвоевременно диагностируемой сопутствующей патологией у пациентов с ЦП.

### **Цель**

Изучить частоту геморрагического синдрома у пациентов с ЦП в зависимости от степени тяжести по Child-Pugh.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». В исследование было включено 30 пациентов с ЦП в возрастной группе от 35 до 70 лет (19 мужчин и 11 женщин).

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (15 человек), имевшие компенсированный ЦП (классы А и В по Child-Pugh) и 2 группа (15 человек) с декомпенсированным ЦП (класс С по Child-Pugh). В ходе работы проводился опрос пациентов, анализировались результаты клинико-лабораторного обследования. Критериями диагностики геморрагического синдрома были уровень тромбоцитов ( $Tr$ )  $< 150 \times 10^9/l$ , показатели активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)  $> 34$  с, протромбиновый индекс (ПТИ)  $> 1,1$ , а также клинические проявления в виде носовых, десневых, кожных, желудочно-кишечных кровотечений.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе анализа результатов общего анализа крови ( $Tr$ ) и коагулограммы (АЧТВ, ПТИ) были получены данные, позволяющие оценить коагуляционные нарушения у пациентов с ЦП в зависимости от степени тяжести по Child-Pugh.

В 1-й группе с компенсированным ЦП (классы А и В по Child-Pugh) снижение уровня  $Tr < 150 \times 10^9/l$  выявлено у 5 (33 %) пациентов, во 2-й группе с декомпенсированным ЦП (класс С по Child-Pugh) — у 12 (80 %) пациентов. При исследовании коагулограммы были выявлены следующие показатели: у пациентов с компенсированным ЦП АЧТВ  $> 34$  с наблюдалось у 6 (40 %) пациентов, с декомпенсированным ЦП — у 13 (87 %). ПТИ  $> 1,1$  у испытуемых первой группы не наблюдался ни в 1 (0 %) случае, у пациентов 2-й группы — в 6 (40 %) (таблица 1).

Таблица 1 — Коагуляционные нарушения при циррозе печени

Показатель	Компенсированный цирроз (класс А, В)	Декомпенсированный цирроз (класс С)	p
$Tr < 150 \times 10^9/l$	33 %	80 %	$p < 0,05$
АЧТВ $> 34$ с	40 %	87 %	$p < 0,05$
ПТИ $> 1,1$	0 %	40 %	$p < 0,05$

Проведен анализ частоты встречаемости геморрагического синдрома в зависимости от степени тяжести ЦП (таблица 2).

Таблица 2 — Частота различных видов геморрагий при циррозе печени

Виды геморрагий	Компенсированный цирроз (класс А, В)	Декомпенсированный цирроз (класс С)	p
Носовые кровотечения	13 %	60 %	p < 0,05
Десневые кровотечения	26 %	73 %	p < 0,05
Желудочно-кишечные кровотечения	0 %	40 %	p < 0,05
Кожные геморрагии	40 %	87 %	p < 0,05
Длительные кровотечения	20 %	67 %	p < 0,05

Геморрагический синдром при циррозе печени проявлялся в виде носовых, желудочно-кишечных (ректальных и пищеводных) кровотечений, кровоточивости десен, кожных геморрагий-синяков и (или) петехиальных (точечных) кровоизлияний достоверно чаще у пациентов с декомпенсированным ЦП.

#### **Выводы**

1. Снижение уровня тромбоцитов, удлинение АЧТВ и повышение ПТИ играют большую роль в реализации геморрагических проявлений при ЦП.

2. При анализе геморрагических проявлений было выявлено, что при ЦП чаще встречаются кожные проявления, реже — желудочно-кишечные кровотечения.

3. В случае декомпенсированного ЦП любые геморрагии встречаются с большей частотой, чем при компенсированном.

УДК 616.12-008.331.1+616.379-008.64]-037

### **ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Ридецкая Е. Н.*

**Научный руководитель: ассистент А. Ю. Прислопская**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Артериальная гипертензия (АГ) на фоне сахарного диабета (СД) 2 типа — распространенная и серьезная медико-социальная проблема в современном мире. АГ и СД 2 типа — две взаимоотягощающие патологии, которые обладают мощным аддитивным повреждающим действием, направленным одновременно на несколько органов-мишеней: сердце, почки, сосуды мозга и сетчатка. В результате чего происходит значительное возрастание риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Важнейшими факторами, оказывающими влияние на риск сердечно-сосудистых осложнений у больных СД 2 типа являются уровень артериального давления, состояние углеводного и липидного обмена. Факторами риска развития АГ являются — курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, отсутствие адекватного контроля артериального давления и глюкозы [1]. Ведущую роль в развитии СД 2 типа играет инсулинорезистентность. В условиях инсулинорезистентности происходит снижение поступления глюкозы в инсулинзависимые ткани, повышение продукции глюкозы печенью, которые способствуют развитию гипергликемии. Глюкоза в высоких концентрациях оказывает прямое токсическое действие на эндотелий сосудов, что в свою очередь приводит к развитию атеросклероза [2].

### **Цель**

Изучить влияние факторов риска на развитие и течение артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

### **Материал и методы исследования**

В исследовании принимали участие 40 (100 %) пациентов с СД 2 типа и АГ (АД > 140/90) в возрасте от 37 до 78 лет. Обследование проводилось в условиях стационара эндокринологического отделения ГОКБ № 3. Проводилась оценка антропометрических параметров: определение индекса массы тела (ИМТ) по формуле Кетле, измерение окружности талии. Проводился анализ результатов лабораторных исследований: биохимический анализ крови (липидный спектр: триглицериды, общий холестерин). Все исследуемые пациенты прошли анкетирование на наличие отягощенного наследственного анамнеза по СД 2 типа и АГ, наличие вредных привычек, время постановки диагноза АГ (до или после диагностирования СД 2 типа), самостоятельного контроля артериального давления и уровня гликемии крови, занятия физической активностью.

Результаты, полученные в ходе исследования обрабатывались с помощью статистических функций программы «Excel». Различия оценивались при помощи непараметрического критерия Манна — Уитна. Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При анализе полученных данных отягощенный наследственный анамнез по СД 2 типа и АГ выявлен у 34 (85 %;  $p < 0,05$ ) пациентов, отсутствие отягощенного наследственного анамнеза по СД 2 типа и АГ наблюдалось у 6 (15 %) пациентов.

На момент опроса 14 (35 %) пациентов имели стаж курения более 20 лет. После постановки диагноза СД 2 типа 15 (37,5 %) пациентов избавились от данной привычки, 11 (27,5 %) пациентов никогда ее не имели.

При оценке антропометрических параметров пациентов — 29 (72,5 %;  $p < 0,05$ ) имели ожирение (ИМТ > 29,9), 5 (12,5 %) — избыточный вес (ИМТ = 25–29,9), только 6 (15 %) пациентов нормальные значения ИМТ (ИМТ = 18,5–24,9). Абдоминальный тип ожирения (для мужчин >102 см, для женщин >88 см) выявлен у 30 (75 %;  $p < 0,05$ ) пациентов, из которых 18 (45 %) женщин и 12 (30 %) мужчин.

АГ до развития СД 2 типа наблюдалась у 33 (82,5 %) пациентов. У 7 (17,5 %) пациентов первичной патологией был СД 2 типа.

Самостоятельный контроль за уровнем артериального давления и глюкозы крови из опрошенных осуществляли 29 (72,5 %;  $p < 0,05$ ) пациентов. Не проводили самостоятельного контроля данных показателей 11 (27,5 %) пациентов.

Анализируя данные о соблюдении активного образа жизни пациентов и ведении ими пищевого дневника выявлено: 26 (65 %;  $p < 0,05$ ) пациентов не имели достаточной физической нагрузки, 14 (35 %) пациентов ведут пищевой дневник, 26 (22,5 %;  $p < 0,05$ ) не придерживаются правильного питания.

При оценке показателей липидного спектра крови: изолированная гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия наблюдалась у 8 (20 %) и 14 (35 %) соответственно, дислипидемия выявлена у 18 (45 %;  $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

1. Такие факторы риска как отягощенный наследственный анамнез (85 %), абдоминальное ожирение (75 %), курение (35 %), гиподинамия (65 %), дислипидемия (45 %) могут стать причиной прогрессирования СД 2 типа и АГ.

2. У 82,5 % пациентов на фоне АГ развился СД 2 типа.

3. Необходимо более тщательно и динамично осуществлять контроль артериального давления, уровня глюкозы крови, показателей липидного обмена, физической

нагрузки, пищевого дневника с целью предотвращения возникновения катастрофических последствий со стороны сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамович, С. Г.* Показатели качества жизни и индекс массы тела у больных гипертонической болезнью пожилого возраста / С. Г. Абрамович // Клиническая медицина. — 2015. — № 6. — С. 27–29.
2. Артериальная гипертензия лиц пожилого возраста: аспекты донозологической диагностики / А. В. Белобородова [и др.] // Клиническая геронтология. — 2017. — Т. 14, № 11. — С. 33–28.

УДК 616.126-002-022-089

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА,  
ПОДВЕРГШИХСЯ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

*Саввина А. А., Гнедько К. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Цырульникова**

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

***Введение***

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — воспалительное поражение эндокарда клапанных структур, пристеночного эндокарда и искусственных материалов, применяемых для коррекции порока, обусловленное прямым внедрением возбудителя и протекающее чаще всего по типу сепсиса остро или подостро с циркуляцией возбудителя в крови, эмболиями, иммунопатологическими и тромбогеморрагическими изменениями.

Инфекционный эндокардит (ИЭ) в течение последних 30 лет становится все более значимой проблемой кардиологии.

Ежегодная заболеваемость инфекционным эндокардитом в среднем составляет 3,8 случая на 100 тыс. населения в год, причем наиболее часто заболевание встречается у лиц в возрасте 21–50 лет. Отмечается неодинаковая распространенность инфекционного эндокардита в различных странах: наибольшая заболеваемость инфекционным эндокардитом в США — 38–92,9 на 1 млн населения, в Канаде — 25, в Швеции — 59, в Англии — 23–25, во Франции — 18–23, в Германии — 16 человек на 1 млн населения. В Беларуси регистрируется 100 случаев инфекционного эндокардита в год.

В большинстве случаев (80 %) ИЭ на ранних стадиях поддается лечению антибактериальными препаратами, в остальных случаях неизбежны оперативные вмешательства, иногда в неотложном порядке. Радикальное хирургическое лечение ИЭ должно включать удаление пораженных тканей и восстановление замыкательной функции клапана.

***Цель***

Анализ предоставленных случаев инфекционного эндокардита, проходивших оперативное лечение в Гомельском областном кардиологическом центре (ГОККЦ) за период с ноября 2018 по октябрь 2019 гг.

***Материал и методы исследования***

Проанализированы истории болезни 27 пациентов с инфекционным эндокардитом, поступивших в кардиохирургическое отделение для оперативного лечения ГОККЦ за период с ноября 2018 по октябрь 2019 гг. Из 27 пациентов было 20 (77,8 %) мужчин и 7 (22,2 %) женщин, в возрасте от 34 и до 75 лет, средний возраст составил  $51 \pm 18,5$  лет. Все поступившие пациенты ранее находились на стационарном лечении в других стационарах г. Гомеля и Гомельской области и были переведены для оперативного лечения, т. к. медикаментозная терапия была неэффективна. У 2-х пациентов развился абсцесс митрального клапана с разрушением клапана, у 1-го пациента с поражением аор-

тального клапана развился сепсис и у 24 пациентов сохранялись признаки воспаления с резко прогрессирующей сердечной недостаточностью. Перед оперативным лечением все пациенты были инструментально и лабораторно обследованы. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Statistica» 12.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Инфекционный эндокардит аортального клапана (АоК) был у 12 пациентов, митрального клапана (МК) у 10 пациентов, трикуспидального клапана (ТК) у 5 пациентов. Распределение по половому признаку отражено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение по полу признаку поражения клапанов сердца

Поражение АоК	Поражение МК	Поражение ТК
Мужчины — 10	Мужчины — 5	Мужчины — 5
Женщины — 2	Женщины — 5	Женщины — 0
Итого — 12	Итого — 10	Итого — 5

В процентном соотношении инфекционный эндокардит аортального клапана был у 44 % пациентов, митрального клапана — 37 % и трикуспидального клапана — у 9 %. Средний возраст пациентов с поражением аортального клапана составил —  $58,5 \pm 4,4$ , митрального клапана —  $49,9 \pm 1,6$ , трикуспидального —  $42 \pm 1,3$  года.

Всем пациентам в послеоперационный период назначался курс антибактериальной терапии. 18 (66,7 %) пациентов получали в/в ванкомицин + метронидазол + амикацин, 8 (29,63 %) пациентов — ванкомицин + ципрофлоксацин в/в и 1 (3,7 %) пациент получал в/в флуконазол. На 3 и 5 сутки всем пациентам проводили ЭхоКГ, клапаны функционировали нормально, отмечалась положительная динамика в общем анализе крови. Были проведены посевы крови на стерильность и гемокультуру, получен отрицательный результат. В послеоперационном периоде на ЭКГ у 9 (33,3 %) пациентов отмечалась полная блокада правой ножки и у 18 (66,7 %) пациентов — полная блокада левой ножки. Нарушение ритма у всех 27 пациентов отмечено не было.

Всем пациентам после операции был назначен антикоагулянт варфарин в дозировке от 5 до 10 мг в сутки под контролем МНО в пределах 3–2 ЕД. А так же проводилось лечение сердечной недостаточности петлевыми диуретиками, антагонистами рецепторов минералокортикоидов, ингибиторами АПФ и бета-адреноблокаторами.

Все пациенты были выписаны из стационара на 20–24 сутки в удовлетворительном состоянии.

### **Выводы**

1. Среди пациентов с тяжелым инфекционным эндокардитом, требующего оперативного лечения — преобладали мужчины: 20 мужчин и 7 женщин.

2. У 44 % пациентов наблюдался инфекционный эндокардит аортального клапана.

3. Наиболее молодые пациенты имели инфекционный эндокардит митрального клапана (средний возраст  $49,9 \pm 1,6$ ) и трикуспидального клапана ( $42 \pm 1,2$  года), наиболее пожилые пациенты поражение аортального клапана ( $58,5 \pm 4,4$  года).

В послеоперационном периоде наиболее частым нарушением проводимости была полная блокада левой ножки пучка Гиса.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Trends in infective endocarditis incidence, microbiology, and valve re-placement in the United States from 2000 to 2011 / S. Pant [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. — 2016. — Vol. 65. — P. 2070–2076.
2. Clinical epidemiology in Italian Registry of Infective Endocarditis (RIE): Focus on age, intravascular devices and enterococci / E. Cecchi // Int J Cardiol. — 2017. — Vol. 190. — P. 151–156.

УДК 616.72-002.77-07

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Селюжицкий Д. С., Потерёбкина И. В.

Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

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

**Введение**

Ревматоидный артрит (РА) на протяжении десятилетий остается в центре внимания ревматологии, что является отражением большой значимости болезни в общемедицинском и социальном плане [1]. Помимо поражения суставов для пациентов с РА характерно развитие системных внесуставных проявлений, таких как ревматоидный васкулит, плеврит, перикардит, синдром Фелти, периферическая полиневропатия, поражение глаз, гломерулонефрит [2].

**Цель**

Изучить клинические проявления, данные лабораторно-инструментальных методов исследования у пациентов с РА.

**Материал и методы исследования**

Проведен анализ историй болезней 51 пациента с РА, находившегося на стационарном лечении в отделении ревматологии ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1». По возрасту согласно критериям ВОЗ обследуемые пациенты (51 человек) разделены на 3 группы: I группа — молодой возраст (18–44 года), II группа — средний возраст (45–59 лет), III группа — пожилой возраст (60–74 года). Лечение и обследование пациентов проводилось согласно протоколу МЗ РБ.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Группу наблюдения пациентов с РА составили 40 (78,43 %) женщин и 11 (21,57 %) мужчин. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Возрастной состав обследованных пациентов с РА

Пол	I группа	II группа	III группа
Женский (40 человек)	9 (17,65 %)	23 (45,1 %)	8 (15,69 %)
Мужской (11 человек)	2 (3,92 %)	4 (7,84 %)	5 (9,8 %)

Проявления РА у обследованных пациентов представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Клинические проявления, данные лабораторно-инструментальных методов исследований у пациентов с РА

Показатели	I группа		II группа		III группа	
	женский пол	мужской пол	женский пол	мужской пол	женский пол	мужской пол
Утренняя скованность больше 1 часа (51 (100 %) пациент)	9 (17,65 %)	2 (3,92%)	23 (45,1 %)	4 (7,84 %)	8 (15,69 %)	5 (9,8 %)
Полиартрит (22 (43,14%) пациента)	3 (5,88 %)	1 (1,96 %)	11 (21,57 %)	1 (1,96 %)	3 (5,88 %)	3 (5,88 %)
Артрит мелких суставов кисти (35 (68,63 %) пациентов)	6 (11,76 %)	1 (1,96 %)	14 (27,45 %)	3 (5,88 %)	7 (13,73 %)	4 (7,84 %)

Окончание таблицы 2

Показатели	I группа		II группа		III группа	
	женский пол	мужской пол	женский пол	мужской пол	женский пол	мужской пол
Симметричный артрит (33 (64,71 %) пациента)	6 (11,76 %)	1 (1,96 %)	13 (25,49 %)	3 (5,88 %)	7 (13,73%)	3 (5,88 %)
Ревматоидные узелки (РУ) (5 (9,8 %) пациентов)	—	—	2 (3,92 %)	1 (1,96 %)	1 (1,96 %)	1 (1,96 %)
Ревматоидный фактор (РФ) (37 (72,55 %) пациентов)	9 (17,65 %)	1 (1,96 %)	20 (39,22 %)	4 (7,84 %)	2 (3,92 %)	1 (1,96 %)
Рентгенологические изменения кистей, характерные для РА (29 (56,86 %) пациентов)	3 (5,88 %)	2 (3,92 %)	10 (19,61 %)	3 (5,88 %)	6 (11,76 %)	5 (9,8 %)
Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) (33 (64,71 %) пациента)	5 (9,8 %)	—	18 (35,29 %)	2 (3,92 %)	5 (9,8 %)	3 (5,88 %)
СОЭ и СРБ повышены (38 (74,51 %) пациентов)	6 (11,76 %)	2 (3,92 %)	19 (37,25 %)	3 (5,88 %)	5 (9,8 %)	3 (5,88 %)
Ревматоидный васкулит (РВ) (7 (13,72 %) пациентов)	—	—	4 (7,84 %)	1 (1,96 %)	1 (1,96 %)	1 (1,96 %)

Утреннюю скованность более 1 часа отмечали как мужчины, так и женщины во всех возрастных группах; полиартрит выявлен у 33,3 % женщин и 9,8 % мужчин; артрит мелких суставов кистей встречался у 68,63 % пациентов, симметричный артрит — у 64,71 % пациентов; ревматоидные узелки встречались у 9,8 % пациентов, ревматоидный васкулит — у 13,72 % пациентов; положительный РФ выявлен у 72,55 %, АЦЦП — у 64,71 %, повышенный уровень СОЭ и СРБ был у 74,51% пациентов; рентгенографические изменения, характерные для РА выявлены у 56,86% пациентов.

### Выводы

При оценке суставного синдрома у пациентов с ревматоидным артритом утренняя скованность больше одного часа отмечалась у всех обследованных мужчин и женщин, полиартрит выявлен 33,3 % женщин и 9,8 % мужчин, артрит мелких суставов кистей — у 68,63 % (у 52,94 % женщин и 15,69 % мужчин), симметричный артрит — у 64,71 % пациентов (50,98 % женщин и 13,73 % мужчин).

Системные проявления в виде ревматоидных узелков выявлены у 9,8 % пациентов (5,88 % женщин и 3,92 % мужчин), ревматоидного васкулита — у 13,72 % пациентов (9,8 % женщин и 3,92 % мужчин). Позитивный ревматоидный фактор выявлен у 72,55 % пациентов (60,82 % женщин и 11,73 % мужчин), антитела к циклическому цитруллинированному пептиду — у 64,71 % пациентов (54,89 % женщин и 9,82 % мужчин), повышение СОЭ и СРБ — у 74,51 % (58,81 % женщин и 15,7 % мужчин). Характерные для ревматоидного артрита изменения на рентгенограмме кистей (околосуставной остеопороз, эрозии) выявлены у 56,86 % пациентов.

Таким образом, начало ревматоидного артрита может иметь разнообразную клиническую картину, в дебюте может отсутствовать симметричный артрит, лабораторные изменения (повышение СОЭ, уровня СРБ, ревматоидного фактора), поэтому таким пациентам необходимы определение уровня АЦЦП, рентгенологическое исследование суставов и динамическое наблюдение у ревматолога.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов, Е. Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема / Е. Л. Насонов // Тер. архив. — 2004. — № 5. — С. 5–7.
2. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е. Л. Насонова. — 2-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 738 с.



УДК 616.133.33 - 02 - 031.82: 616.379 - 00864

МАКРОАНГИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Селюкова И. В.

Научные руководители: ассистент А. Ю. Прислопская;

к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение**

Сахарный диабет (СД) 2 типа (инсулиннезависимый диабет) — хроническое заболевание, которое характеризуется гипергликемией хронического характера. Данное заболевание приобретает все более масштабный характер, инвалидизируя пациентов работоспособного возраста. При недостаточно эффективном лечении СД может значительно ограничивать жизнь пациентов из-за развития сосудистых осложнений [1–2].

Сосудистые осложнения СД разделяют на микроангиопатии и макроангиопатии. К микроангиопатиям относят: диабетическую нефропатию (специфическое поражение сосудов почек) и диабетическую ретинопатию (поражение сосудов глаз), к макроангиопатиям — поражения сосудов сердца (ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ)), поражения сосудов мозга (острое и хроническое нарушения мозгового кровообращения) и поражения периферических артерий (диабетическая ангиопатия).

**Цель**

Оценить частоту и структуру макроангиопатии у пациентов с СД 2 типа.

**Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов с СД 2 типа за период январь – март 2019 г., находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Макроангиопатия выявлена у 118 (78,7 %) пациентов: ИБС — 77 (65 %) пациентов, ИМ — 38 (32 %) пациентов, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе — 28 (24 %), поражение периферических артерий — 20 (17,3 %) пациентов.

При исследовании частоты макроангиопатии при СД 2 типа изучался вопрос длительности заболевания.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В зависимости от продолжительности СД 2 типа все пациенты с макроангиопатиями были разделены на 3 группы (таблицы 1–4). В 1-ю группу вошли пациенты, стаж СД 2 типа которых составил менее 5 лет. Во 2-ю группу были включены пациенты с длительностью заболевания от 5 до 15 лет. В 3-ю группу включены пациенты со стажем заболевания более 15 лет.

Также пациенты были разделены по гендерному признаку на мужчин и женщин. Возраст исследуемых пациентов колеблется от 37 до 86 лет.

Таблица 1 — Распространенность ИБС у пациентов с СД 2 типа в зависимости от стажа заболевания

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	4 (5,2 %)	8 (10,3 %)	12
От 5 до 15 лет	16 (21 %)	15 (19,5 %)	31
Свыше 15 лет	17 (22 %)	17 (22 %)	34
Всего	37	40	77

При анализе данных таблицы частота ИБС у пациентов с СД 2 типа увеличивается пропорционально стажу заболевания как у мужчин так и у женщин — 34 (44 %).

Таблица 2 — Распространенность ИМ у пациентов с СД 2 типа в зависимости от стажа заболевания

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	6 (16 %)	3 (8 %)	9
От 5 до 15 лет	7 (18,4 %)	4 (10,5 %)	11
Свыше 15 лет	8 (21 %)	10 (26,1 %)	18
Всего	21	17	38

Наибольшее распространение ИМ наблюдается преимущественно у пациентов с СД 2 типа со стажем заболевания свыше 15 лет — 18 (47,1 %) пациентов, чаще у лиц женского пола (26,1 %).

Таблица 3 — Распространенность острого нарушения мозгового кровообращения у пациентов в зависимости от стажа СД 2 типа

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	3 (10,7 %)	3 (10,7 %)	6
От 5 до 15 лет	3 (10,7 %)	5 (17,7 %)	8
Свыше 15 лет	6 (21,5 %)	8 (28,7 %)	14
Всего	12	16	28

По данным исследования острое нарушение мозгового кровообращения у пациентов с СД 2 типа диагностировалось преимущественно со стажем свыше 15 лет — 14 (50,2 %) пациентов, чаще у женщин (28,7 %).

Таблица 4 — Распространенность диабетической ангиопатии у пациентов с СД 2 типа в зависимости от стажа заболевания

Продолжительность СД 2 типа	М	Ж	Всего
До 5 лет	2 (10 %)	0 (0 %)	2
От 5 до 15 лет	5 (25 %)	2 (10 %)	7
Свыше 15 лет	5 (25 %)	6 (30 %)	11
Всего	12	8	20

Поражения периферических артерий диагностировались преимущественно у пациентов с СД 2 типа со стажем свыше 15 лет — 11 (55 %) пациентов, чаще у женщин (30 %).

#### Выводы

1. Частота макроангиопатии у пациентов с СД 2 типа составила 65 %, из которых наиболее распространенными формами являлись: ИБС (65 %), в том числе: инфаркт миокарда в анамнезе (32 %), острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (24 %), реже встречаются поражения периферических артерий (17,3 %).

2. При увеличении стажа СД 2 типа возрастает частота макроангиопатии.

3. ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, поражение периферических артерий встречаются чаще у пациентов со стажем заболевания свыше 15 лет, преимущественно у лиц женского пола.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / ред. И. И. Дедов, М. В. Шестакова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2011. — 477 с.
2. Факторы, влияющие на прогрессирование диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом типа 2 после перевода на инсулинотерапию / Ю. С. Астахов [и др.] // Клини. офтальмол. — 2005. — № 3. — С. 110–115.

УДК 616.36-004:616.145.74-007.64

**ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПИЩЕВОДА  
У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Сенникова А. В.*

Научный руководитель: д.м.н., профессор *Е. И. Михайлова*

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

***Введение***

Портальная гипертензия (ПГ) является одним из основных синдромов, который характеризуется повышением давления в системе воротной вены [1]. Основной причиной такого осложнения является цирроз печени (ЦП). Частым и нередко фатальным проявлением ПГ является кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, главным источником которого служат варикозно расширенные вены пищевода и желудка. Смертность от первого же эпизода пищеводного кровотечения достигает 50 %. В течение года у 90 % пациентов возникают повторные геморрагии [2, 3].

Наиболее значимым и опасным осложнением ПГ является кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода. Риск его развития возникает при превышении градиента давления в системе портальной вены свыше 12 мм рт. ст. [4, 5]. Достижение адекватного и устойчивого гемостаза является сложной задачей, решение которой требует применения комплекса экстренных диагностических и лечебных мероприятий. Основные сосудистые коллекторы, в области которых чаще всего происходят такие геморрагии, располагаются в кардио-эзофагеальной зоне, а именно, в нижней трети пищевода и кардиальном отделе желудка. Именно здесь при ПГ формируется один из самых клинически значимых порто-кавальных анастомозов между левой и задней желудочными венами, с одной стороны, и непарной и полунепарной венами, с другой [6].

Ведущая роль в диагностике ВРВ пищевода и желудка принадлежит эзофагогастродуоденоскопии, позволяющей не только их визуализировать, но и прогнозировать развитие варикозного кровотечения [7].

***Цель***

Изучить частоту и выраженность варикозно расширенных вен пищевода у пациентов с циррозом печени различной этиологии.

***Материал и методы исследования***

В исследование вошло 56 пациентов с циррозом печени различной этиологии. У всех пациентов диагноз цирроза печени был выставлен на основании стандартных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Тяжесть цирроза печени определялась в соответствии с классификацией Чайлд-Пью. Степень варикозно расширенных вен пищевода и наличие кровотечения устанавливалась с помощью фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Диагноз варикозного кровотечения подтверждался, если была замечена активно кровоточащая вена или вена с прилипшим к ней сгустком крови. Во время процедуры были зарегистрированы следующие эндоскопические признаки: размер, цвет, расположение варикозно расширенных вен и наличие «красных знаков».

Степень ВРВ пищевода определяли на основании трехстепенной классификации Ерамишанцева — Шерцингера (1984), согласно которой для ВРВ пищевода I степени характерно наличие расширенных, выбухающих в просвет вен шириной не более 3 мм, для ВРВ пищевода II степени — от 3 до 5 мм, для ВРВ пищевода III степени — более 5 мм [8].

### Результаты исследования и их обсуждение

Был произведен анализ выписных эпикризов пациентов с циррозом печени, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2019 г.

В исследование были включены 44 пациента с циррозом печени, из которых 20 пациентов были мужчинами, а 24 пациента — женщинами. Возрастной диапазон колебался от 23 до 66 лет (Me = 47; 95 % ДИ: 45–54). Характеристика исследуемой категории пациентов по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристики пациентов с циррозом печени по полу и возрасту

Признак	Медиана	Количество больных	%
Пол:			
— мужской	45	20	45,4
— женский	50	24	54,5
Возраст:			
— мужчины			
20–29 лет	28	1	5
30–39 лет	38,5	2	10
40–49 лет	44	4	20
50–59 лет	54	10	50
60–69 лет	63	3	15
— женщины			
20–29 лет	23	1	4,2
30–39 лет	38	4	16,65
40–49 лет	46,5	9	37,5
50–59 лет	54	4	16,65
60–69 лет	64	6	25

Варикозное расширение вен было обнаружено у 23 из 44 пациентов, что показало общую распространенность патологии на уровне 52,3 %. Из 23 пациентов с циррозом печени и ВРВ мужчины составляли 18 человек, женщины — 5. Все варикозно расширенные вены легализовывались в пищеводе. Из 23 пациентов с ВРВ пищевода, 5 (21,7 %) человек соответствовали классу А по Чайлд-Пью, 14 (60,9 %) пациентов — классу В и 4 (17,4 %) пациента — классу С. Эндоскопически у 13 человек размер вен соответствовал I степени, у 6 — II степени, в то время как 4 человека имели III степень ВРВ пищевода. Все 4 пациента, соответствующие классу С по Чайлд-Пью, имели ВРВ III степени.

### Выводы

В заключение можно сделать вывод о том, что для пациентов с ЦП необходимо проведение эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта с целью уменьшения риска развития кровотечений из ВРВ пищевода и предотвращения смертности пациентов от этой патологии.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Европейский портал информации здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://gateway.euro.who.int/gi>. — Дата доступа: 22.03.2020.
2. Лечебная тактика при острых пищеводно-желудочных кровотечениях у больных с портальной гипертензией / Г. Н. Андреев [и др.] // Хирургия. — 2009. — № 9. — С. 46–49.
3. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика / А. К. Ерамишанцев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — Т. 11, № 2. — С. 105–110.
4. Коробка, В. Л. Метод профилактики и хирургического лечения рецидивных пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией / В. Л. Коробка, О. Я. Данильчук, А. М. Шаповалов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2011. — № 3. — С. 118.
5. Варикозное расширение вен желудка у больных с портальной гипертензией: диагностика и лечение / А. Г. Шерцингер [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2010. — Т. 15, № 3. — С. 84–94.
6. Octreotide compared with placebo in a treatment strategy for early rebleeding in cirrhosis. A double-blind, randomized pragmatic trial / G. D'Amico [et al.] // Hepatology. — 1999. — Vol. 28. — P. 1206–1214.
7. Ибадильдин, А. С. Малоинвазивные методы гемостаза при кровотечениях из вен пищевода / А. С. Ибадильдин, Г. Н. Андреев // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — Т. 5, № 2. — С. 229.
8. Ерамишанцев, А. К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. 50 лекций по хирургии / А. К. Ерамишанцев. — М.: Триада-Х, 2004. — 501 с.

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  $70 \pm 10$  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.  $\beta$ -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-

шинстве развитых стран и влечет за собой ряд сопутствующих патологий, таких как хроническая боль, а та в свою очередь депрессию. Боль и депрессия — это два наиболее широко распространенных расстройства, оказывающих значительное отрицательное социально-экономическое влияние на человека. Клинические исследования уже давно доказали наличие связи между болью и депрессией. Шкала тревоги Спилбергера исследует 2 вида тревожности: ситуативная (опросник А) и личностная (опросник Б). Низкому уровню тревожности соответствует 30 баллов, умеренной — 31–44 балла, высокой 45 баллов и более. Ситуативная тревожность отражает реакцию человека на стрессоры из окружающего мира, личностная же, отражает индивидуальные особенности реакции личности. Шкала депрессии Бека представляет собой опросник, состоящий из 21 вопроса, который позволит определить уровень депрессии пациента. Результаты теста интерпретируются следующим образом: 0–9 баллов — отсутствие депрессивных симптомов, 10–15 баллов — легкая депрессия, 16–19 баллов — умеренная депрессия, 20–29 баллов — выраженная депрессия, 30–63 балла — тяжелая депрессия. Боль также представляет собой субъективное ощущение пациента, которое сложно трактовать и оценивать. Поэтому при оценке боли использовалась шкала ВАШ (визуально-аналоговая шкала). Пациенту предлагалось разместить линию, перпендикулярно пересекающую визуально-аналоговую шкалу, разбитую по десятибалльной системе, в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. Интерпретация результатов: 0 — боли нет, 1–2 — легкая боль, 3–6 — умеренная боль, 7–10 — сильная боль.

#### **Цель**

Провести оценку эмоционально-волевых нарушений и болевого синдрома у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

#### **Материал и методы исследования**

Было проведено обследование 62 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), находящихся на лечении в эндокринологическом отделении ГКБ №3. Оценка эмоционально-волевого статуса проводилась с использованием шкал Бека и Спилбергера. Оценка болевого синдрома — с использованием шкалы ВАШ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica» 10.0.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе обследования пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от стажа СД 2: 1-я группа — стаж заболевания до 5 лет, 2-я группа — от 5 до 10 лет, в 3-й группе 3 стаж заболевания составил более 10 лет. Средний возраст пациентов 1-й группы ( $n = 20$ ) составил  $60,3 \pm 19,67$ , а стаж диабета  $2,3 \pm 1,21$ . По результатам исследования в данной группе показатель шкалы Бека составил  $8,7 \pm 3,16$  баллов, результат шкалы тревоги Спилбергера (опросник А) —  $34,95 \pm 13,58$  баллов, (опросник Б) составил  $45,95 \pm 3,19$  баллов. Средний балл шкалы ВАШ составил  $2,2 \pm 1,2$  баллов. Вторую группу пациентов (средний возраст  $46,1 \pm 14,16$ , стаж заболевания —  $7,63 \pm 1,64$ ) составили 16 человек. В данной группе показатель Бека составил  $9,72 \pm 2,21$  баллов, показатель Спилбергера (опросник А) —  $39,86 \pm 3,67$  баллов, (опросник Б) —  $47,31 \pm 3,15$  баллов. Результаты шкалы ВАШ —  $4,1 \pm 1,25$  баллов. В 3-ю группу пациентов вошли 26 человек (средний возраст  $62,58 \pm 17,34$ , стаж заболевания  $18,19 \pm 6,78$ ). Средний результат по шкале Бека составил  $10,5 \pm 4,07$  баллов, показатель шкалы Спилбергера (опросник А) —  $40,1 \pm 3,16$  баллов, (опросник Б) —  $47,27 \pm 4,57$  баллов. По результатам шкалы ВАШ установлено  $5,73 \pm 1,88$  баллов. Результаты представлены в таблице 1.

#### **Выводы**

По результатам шкалы Спилбергера уровень ситуативной тревожности-умеренный у пациентов всех 3-х групп. Это означает, что пациенты ситуативно не способны справиться с нервозностью и беспокойством. Также у всех 3-х групп наблюдается высокий уровень личностной тревожности. Следовательно, пациенты существенно предраспо-

ложены к тревоге, интенсивность которой, не соответствует объективной ситуации. Также можно отметить наличие роста ситуативной и личностной тревожности в зависимости от роста стажа заболевания. Результаты шкалы Бека соответствуют легкому уровню депрессии у всех пациентов. У обследуемых не выявлено клинически значимых нарушений депрессивного характера. Характеристика болевого синдрома по результатам шкалы ВАШ в первой группе пациентов оценивается как легкая боль. Во второй и третьей группах — умеренная боль. Можно сделать вывод, что интенсивность боли увеличивается со стажем заболевания и уровнями ситуативной и личностной тревоги. Если уделять достаточное внимание болевому синдрому и тревожности, то можно существенно улучшить уровень и качество жизни пациентов, страдающих от сахарного диабета. Интерпретация боли всегда вызывает сложности как у пациента, так и у врача. В ходе исследования, было отмечено, что использование шкалы ВАШ позволяет относительно быстро получить достаточную информацию о болевых ощущениях пациента.

Таблица 1 — Результаты исследования тревожности и депрессии у пациентов с сахарным диабетом 2го типа

0–5 лет (гр. 1)	Шкала Бека 8,7 ± 3,16		Шкала Спилбергера (А) 34,95 ± 13,58		Шкала Спилбергера (Б) 45,95 ± 3,19	
	3–9 баллов	10–14 баллов	27–43 балла	44–47 баллов	41–42 балла	44–50 баллов
	10 чел.	10чел.	16 чел.	4 чел.	4 чел.	16 чел.
5–10 лет (гр. 2)	Шкала Бека 9,72 ± 2,21		Шкала Спилбергера (А) 39,86 ± 3,67		Шкала Спилбергера (Б) 47,31 ± 3,15	
	4–9 баллов	10–14 баллов	35–43 балла	45–47 баллов	42–44 балла	45–52 балла
	9 чел.	7 чел.	12 чел.	4 чел.	4 чел.	12 чел.
Более 10 лет (гр. 3)	Шкала Бека 10,5 ± 4,07		Шкала Спилбергера (А) 40,1 ± 3,16		Шкала Спилбергера (Б) 47,27 ± 4,57	
	5–9 баллов	10–15 баллов	35–44 балла	5–47 баллов	43–44 балла	45–54 балла
	9 чел.	17 чел.	21 чел.	5 чел.	7 чел.	19 чел.

УДК 616\_006\_009.7

## АНАЛИЗ ИНТЕНСИВНОСТИ И СТРУКТУРЫ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Скибарь А. А., Сивакова С. Д.*

Научный руководитель: ассистент *А. В. Проневич*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

За последних несколько лет отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом нередко опухолевый процесс уже на этапе диагностики имеет распространенный характер, что снижает эффективность радикальных и специальных методов лечения. Хронический болевой синдром (ХБС) является одним из наиболее частых и тяжелых проявлений распространенного опухолевого процесса. По данным ВОЗ хронической болью страдают до 95 % больных в конечной стадии заболевания. Длительное сохранение болевых проявлений является одной из ключевых причин эмоциональных нарушений, формирования чувства безнадежности и повышения суицидальной активности этих пациентов, снижения качества их жизни.



### Цель

Краткое освещение основных структур боли и ее интенсивности при онкологической патологии.

### Материал и методы исследования

Клиническое обследование осуществлялось путем осмотра и опроса пациентов с помощью шкалы объективной оценки депрессии HRDS и тревоги HARS (Гамильтона). Был использован опросник DN4 для диагностики вида боли. Проведен статистический анализ с использованием программ «Statistica» 10.0 и «Microsoft Excel».

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было обследовано 30 пациентов с онкологической патологией паллиативного отделения учреждения здравоохранения ГКБ № 4.

Для оценки интенсивности боли была использована 10 бальная шкала, где пациент самостоятельно выбирает категорию, соответствующую силе его субъективных ощущений.

Полученный уровень интенсивности боли определяет категорию анальгетиков, которые должны быть назначены врачом. Также имеется взаимосвязь между интенсивностью боли и степенью физической активности онкологических пациентов, а также качество и продолжительность сна, что отражено в данном исследовании.

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка интенсивности боли по 10 бальной шкале

Интенсивность боли	% пациентов
Нет боли (0 баллов)	0
Слабая боль (2 балла)	16,67
Умеренная боль (4 балла)	50
Сильная боль (6 баллов)	16,67
Очень сильная боль; (8 баллов)	10
Самая сильная боль (10 баллов)	6,66

Основные жалобы, предъявляемые пациентами, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Структура основных жалоб обследованных (%)

Жалобы	% жалоб
Снижение настроения	33,3
Подавленность	56,6
Нарушение сна	50
Отсутствие побуждений к деятельности	30
Тревога	50
Внутреннее напряжение	16,6
Повышенная утомляемость	33,3

Следует отметить, что нарушение сна может значительно усугубить течение хронического болевого синдрома у онкологических пациентов. Бессонница может вызвать нарушение психоэмоционального состояния, присоединение депрессии и страха. Данные расстройства могут наблюдаться даже при адекватной анальгетической терапии и требуют дополнительной медикаментозной терапии.

Согласно данным нашего исследования, у пациентов с умеренной (50 %) и сильной болью (16,67 %), также наблюдается нарушение сна, что является статистически значимым ( $p = 0,003$ ).

У пациентов, отмечавших очень сильную боль (10 %) и самую сильную боль (6,66 %) помимо нарушения сна присутствуют жалобы на подавленность и тревогу, что также является статистически значимым ( $p = 0,03$ ).

Чувствительность методики DN4 (в пределах 80 %) позволяет использовать ее для выявления невропатических болевых синдромов. При положительном ответе на 4 и более из 10 пунктов диагностируется «невропатическая боль». По результатам диагностики вида боли с помощью опросника DN4 невропатической боли не выявлено.

#### **Выводы**

Пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, нуждаются не только в адекватной анальгетической терапии, но, и при необходимости в коррекции нарушений сна для снижения тревоги и улучшения общего психоэмоционального состояния.

УДК 616.379-008.64:616.12

### **СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Сковородко В. А., Микитюк А. В.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

#### **Введение**

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания, в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС), остаются лидерами среди основных причин смерти во всем мире. В связи с этим, изучение факторов, способных повлиять на течение кардиоваскулярной патологии продолжает оставаться важной научной задачей. Наличие сопутствующей патологии во многом осложняет течение и исходы заболевания, что было подтверждено рядом крупных многоцентровых исследований.

#### **Цель**

Оценить риск развития СД II типа у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

#### **Материал и методы исследования**

Обследованы 19 пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с диагнозом ИБС и артериальная гипертензия (АГ). С целью выявления групп риска развития сахарного диабета (СД) II типа и изучения распространенности факторов риска СД II типа использовалась шкала «FINDRISK».

Шкала «FINDRISK» включала в себя оценку 8 показателей: возраст, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии на уровне пупка, частоту употребления овощей и фруктов, физическую активность, регулярность гипотензивной терапии, наличие когда-либо повышенного уровня глюкозы и наличие СД у родственников. Индекс массы тела (ИМТ) вычислялся по формуле:  $\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{масса тела} / \text{рост}^2$ . Максимальная сумма баллов, которую можно набрать по шкале, составляет 23 балла.

На основании полученной суммы баллов, были выделены следующие группы: группа 1 (низкий риск) — обследуемые с общей суммой баллов < 7, группа 2 (слегка повышен риск) — 7–11 баллов, группа 3 (умеренный риск) — 12–14 баллов, группа 4 (высокий риск) — 15–20 баллов, группа 5 (очень высокий риск) — > 20 баллов.

Все данные, полученные в результате исследования, заносились в сводные таблицы «Excel Microsoft Office 2013». Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ («Statistica» 13.3, StatSoft, USA).

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Количество мужчин в исследованной группе — 8 (42 %), женщин — 11 (58 %).

Средний возраст обследуемых составил 74,3 года  $\pm$  8,69 (мужчин — 71,6  $\pm$  6,5 лет; женщин — 76,3  $\pm$  9,81 лет).

Факторы риска СД II типа по шкале «FINDRISK» представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Факторы риска СД II типа по шкале «FINDRISK»

Показатель	Женщины		Мужчины	
	ИМТ	29,9 ± 4,63		32,4 ± 10,81
Окружность живота на уровне пупка	98 ± 12,21		101,5 ± 22,58	
Частота употребления овощей и фруктов	Ежедневно — 63,6 %	Не ежедневно — 36,4 %	Ежедневно — 50 %	Не ежедневно — 50 %
Умеренная физическая активность (ходьба средним темпом по 30 мин каждый день и не менее 3 ч в неделю)	45,5 %		62,5 %	
Регулярность гипотензивной терапии	Регулярно — 73 %	Не регулярно — 27 %	Регулярно — 75 %	Не регулярно — 25 %
Наличие когда-либо повышенного уровня глюкозы	Да — 23,3 %	Нет — 76,7 %	Да — 25 %	Нет — 75 %
Наличие СД у родственников	Есть — 36,4 %	Нет — 63,6 %	Есть — 25 %	Нет — 75 %

Как у женщин, так и у мужчин выявлены избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, низкая физическая активность у 55,5 % женщин и 37,5 % мужчин, не ежедневное употребление овощей и фруктов у 36,4 % женщин и 50 % мужчин, не регулярный прием гипотензивных лекарственных средств у 27 % женщин и 25 % мужчин, отягощенный анамнез по СД у 36,4 % женщин и 25 % мужчин.

При оценке риска СД II типа по шкале «FINDRISK» очень высокий риск выявлен у 12,5 % мужчин, высокий риск — у 25% мужчин и 63,6 % женщин, умеренный риск у 12,5 % мужчин и 18,2 % женщин, слегка повышенный риск у 25 % мужчин и 18,2 % женщин, низкий риск — у 25 % мужчин.

#### Выводы

1. Основными модифицируемыми факторами риска сахарного диабета II типа как у мужчин, так и у женщин явились избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, низкая физическая активность. Отягощенный анамнез по сахарному диабету выявлен у 36,4 % женщин и 25 % мужчин.

2. Высокий риск развития СД II типа у пациентов с ИБС и АГ при оценке по шкале «FINDRISK» выявлен у 63,6 % женщин и 25 % мужчин, очень высокий риск у 12,5 % мужчин, что обуславливает необходимость применения шкалы «FINDRISK» у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для своевременной коррекции имеющихся факторов риска сахарного диабета II типа с целью улучшения прогноза, снижению возможных осложнений и смертности у данной группы пациентов.

УДК 577.125:612.821.3]-056.22

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Старовойтова А. С., Колесникова К. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

Учреждение

«Могилевская областная детская клиническая больница»

г. Могилев, Республика Беларусь

#### Введение

В настоящее время наряду с определенным влиянием ставших традиционными появились новые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), влияние кото-

рых до сих пор недостаточно изучено. Среди них психоэмоциональный стресс и тревожно-депрессивные расстройства могут оказывать на здоровье человека более сильное воздействие, чем хорошо известные, действуя или непосредственно, или через традиционные факторы риска, усиливая эффект последних. Психосоматический подход к проблеме развития хронических неинфекционных заболеваний вследствие психоэмоционального напряжения предполагает изучение возможных биохимических механизмов стрессиндуцированной реакции: дислипидемии, активации процессов свободнорадикального окисления, провоспалительных цитокинов, дисбаланса нитроксидагических процессов, иммунной системы с развитием воспаления. Выяснение механизмов дисбаланса стрессреализующих и стресслимитирующих систем представляет не только теоретический интерес, но и практическую ценность, позволяя усиливать поиск интегративных подходов к профилактике стрессовой патологии на донозологическом уровне.

### **Цель**

Оценить взаимосвязь показателей липопротеинового обмена с психоэмоциональными факторами у практически здоровых лиц, выявить факторы, способствующие повышению психоэмоционального фона.

### **Материал и методы исследования**

Данные анкетирования лиц в возрасте 25–55 лет, по образу жизни, состоянию здоровья, наличию у них сопутствующей патологии, всего обработано 50 анкет лиц трудоспособного возраста (35 мужчин и 15 женщин), средний возраст которых составил  $39,5 \pm 9,3$  года. В процессе анализа все опрошенные разделены на возрастные группы с периодом десять лет: 25–30 — 4 чел., 31–35 — 9 чел., 36–40 — 17 чел., 41–45 — 10 чел., 46–50 — 8 чел., 51–55 — 2 чел.

Клинико-психологическую диагностику проводили с помощью формализованных клинических шкал: шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина; шкалы оценки депрессии Центра эпидемиологических исследований США (CES-D), теста адаптации М. Ю. Дробижева. Диагностику депрессии и верификацию степени ее тяжести выполнял психиатр, основываясь на диагностических критериях Руководства по диагностике и статистике психических расстройств 4-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition — DSM-IV) и Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Шкала CES-D демонстрирует большую точность при отграничении легких депрессивных состояний от среднетяжелых и тяжелых. При этом оптимальной точкой разделения, обеспечивающей четкое отграничение пациентов с клинически значимым депрессивным состоянием от остальных, стала сумма баллов  $> 18$ .

Статистическая обработка результатов исследования проводили с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica» 10.0.

### **Результаты исследования и их обсуждения**

При анализе аффективных расстройств в 1-й группе было выявлено  $14,8 \pm 0,6$  баллов, во 2-й группе —  $15,5 \pm 1,01$  баллов, в 3-й группе —  $21,3 \pm 0,8$  баллов, в 4-й группе —  $21,75 \pm 0,6$  баллов. Достоверные отличия имелись у больных 3 и 4 групп в сравнении с пациентами 1 и 2 групп ( $p < 0,05$ ). Тревножно-депрессивные расстройства в каждой из исследуемых групп были выявлены различной степени выраженности: в 1-й группе — у 46,4 % пациентов были отмечены признаки клинически выраженной тревоги и депрессии, во 2-й группе — у 48 %, в 3-й — у 52 % и в 4-й — у 54,3 %. Не имели признаков тревоги и депрессии: в 1-й группе — 17,9 %, во 2-й — 10,2 %, в 3-й — 8 % и 4-й — 6,7 %.

Было установлено, что у лиц с увеличением ИМТ нарастает степень выраженности аффективных расстройств.

При анализе уровня липидов в крови в группе женщин с депрессией среднее значение ХС-ЛПВП оказалось значимо выше по сравнению с женщинами, не имеющими депрессию ( $4,16 \pm 0,92$  и  $3,46 \pm 1,69$ ;  $p < 0,05$ ). Средние уровни ОХС, ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП были

достоверно выше у женщин, имеющих клинически значимый уровень накопленного стресса по шкале Холмса-Рея ( $p < 0,05$ ). В группе мужчин с клинически значимыми уровнями депрессии, личностной тревожности и низким уровнем стрессоустойчивости соотношение Апо-В100/Апо-А1 было значимо выше и превысило единицу ( $p < 0,05$ ), таблица 1.

Таблица 1 — Средние характеристики показателей липопротеинового обмена в сравниваемых группах, М [95 % ДИ]

Показатель, единицы измерения	Мужчины (n = 35)	Женщины (n = 15)	P
ОХС, ммоль/л	6,1 [5,06–6,12]	4,99 [4,31–5,34]	0,008
ТГ, ммоль/л	2,4 [1,3–2,84]	1,2 [0,96–1,31]	0,001
ХС-ЛПНП, ммоль/л	3,9 [2,98–4,14]	3,1 [2,43–3,45]	0,025
ХС-ЛПВП, ммоль/л	1,23 [1,11–1,27]	1,4 [1,3–1,45]	0,002
Апо-А1, г/л	1,12 [1,03–1,16]	1,08 [1,07–1,16]	0,678
Апо-В100, г/л	1,17 [1,08–1,26]	1,1 [1–1,12]	0,006

Установлены статистически значимые гендерные различия в частоте гиперглицидемии и повышенного содержания Апо-В100. Наиболее частыми видами дислипидемий среди обследованной популяции являлись повышенный уровень Апо-В100, ХС-ЛПВП, индекса Апо-В100/Апо-А1. Кроме того, у мужчин на долю изолированной гиперхолестеринемии и гиперглицидемии приходилось порядка 55 %. Исходя из данных, представленных в таблице 2, средние показатели уровня депрессии, личностной тревожности и накопленного стресса по шкале Холмса-Рея были значимо выше в группе женщин. При сравнении психологических факторов, выраженных в количественных характеристиках (абсолютное число и %) оказалось, что в женской группе по сравнению с мужчинами достоверно чаще наблюдались лица, имеющие клинически значимый уровень личностной тревожности (соответственно 14 (93 %) человек и 10 (28,6 %) человек) и накопленного стресса по шкале Холмса-Рея (соответственно 12 (80 %) чел. и 15 (42,9 %) чел.) ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2 — Средние параметры псих. тестирования в сравниваемых группах, М [95 % ДИ]

Показатели, баллы	Мужчины (n = 35)	Женщины (n = 15)	P
Самооценка здоровья	70,6 [63,8–79,5]	65,7 [58,3–69,2]	0,287
Самооценка стресса	40,3 [29,7–48,3]	43,2 [39,5–55,8]	0,298
Самооценка жизнестойкости	64,2 [52,3–69,8]	62,5 [55,9–69,7]	0,338
Уровень соц. фрустрированности	1,8 [1,11–2,5]	1,9 [1,3–2,1]	0,727
Уровень депрессии	12,5 [11,8–15,7]	15 [13,2–18,5]	0,017
Уровень реактивной тревожности	38,5 [36,2–40,3]	39,5 [37,3–42,8]	0,131
Уровень личностной тревожности	40,5 [35,5–42,4]	43,8 [40,2–45,7]	0,004
Уровень накопления стресса	123,7 [98,5–156,7]	162,8 [145,7–179,8]	0,023

При корреляционном анализе в группе обследованных мужчин выявлена обратная зависимость личностной тревожности и уровня Апо-А1 ( $r = -0,61$ ;  $p = 0,021$ ), уровня социальной фрустрированности и соотношения Апо-В100/Апо-А1 ( $r = -0,75$ ;  $p = 0,0005$ ), а также ВАШ (самооценка здоровья) и уровня ХС-ЛПВП ( $r = -0,43$ ;  $p = 0,048$ ). Кроме того, обнаружены положительные связи соотношения Апо-В100/Апо-А1 с личностной тревожностью ( $r = 0,58$ ;  $p = 0,012$ ) и депрессией ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,028$ ). В группе обследованных женщин обнаружены статистически значимые корреляционные связи ВАШ (самооценка здоровья) с ХС-ЛПНП ( $r = -0,32$ ;  $p = 0,034$ ), индексом атерогенности ( $r = -0,33$ ;  $p = 0,035$ ), а также уровнем ХС-ЛПВП ( $r = -0,39$ ;  $p = 0,027$ ). Выявлена отрицательная связь между ВАШ (самооценка стресса) и уровнем Апо-А1 ( $r = -0,35$ ;  $p = 0,016$ ). Множественный регрессионный анализ в группе мужчин показал независимое

влияние личностной тревожности на показатель Апо-А1, суммарный вклад указанного предиктора составил 25 % ( $p = 0,011$ ). Кроме того, 20 % дисперсии переменной «Апо-В100» обусловлено влиянием предиктора «уровень социальной фрустрированности» ( $p = 0,018$ ). Совокупный вклад двух предикторов (уровень социальной фрустрированности и депрессии) в дисперсию переменной «соотношение Апо-В100/Апо-А1» составил 28 % ( $p < 0,05$ ). Также отмечено независимое влияние накопленного стресса, измеренного по шкале Холмса-Рея на уровень ХС-ЛПВП ( $R^2 = 0,17$ ,  $\beta = 0,41$ ,  $p = 0,004$ ). У женщин отмечено независимое влияние накопленного стресса по шкале Холмса-Рея на индекс атерогенности ( $R^2 = 0,14$ ,  $\beta = 0,37$ ,  $p = 0,014$ ), уровень ХС-ЛПНП и ОХС, в равной степени ( $R^2 = 0,20$ ,  $\beta = 0,44$ ,  $p = 0,002$ ).

#### **Выводы**

1. У женщин уровень личностной тревожности и накопления стресса выше чем у мужчин.
2. Гиперлипидемия распространена чаще у женщин, имеющих клинически значимый уровень накопления стресса.
3. У мужчин с высоким уровнем Апо-А1 и ХС-ЛПВП диагностируется более высокий уровень личностной тревожности.
4. С увеличением ИМТ нарастает степень выраженности аффективных расстройств как у женщин, так и у мужчин.
5. Отмечена корреляционная связь ВАШ (самооценка здоровья) с ХС-ЛПНП, индексом атерогенности и ХС-ЛПВП у представителей обоих полов.

УДК 616.127-005.8:616.124.2]-073.7

### **АНАЛИЗ ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТВЕДЕНИИ aVR ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

*Степанец Е. А., Чумакова А. В.*

**Научные руководители: д.м.н., доцент Д. П. Саливончик;  
старший преподаватель Н. И. Корженевская**

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

#### **Введение**

ЭКГ изменения при инфаркте миокарда описаны в многочисленных литературных источниках. В данной статье мы хотим обратить внимание на особенности изменения электрокардиограммы (ЭКГ) в отведении aVR при инфаркте миокарда левого желудочка (ЛЖ) различной локализации. В норме в отведении aVR (за счет расположения положительного электрода с противоположной стороны от суммарного вектора возбуждения сердца) все зубцы инвертированы, т. е. зубцы P, T — отрицательные, комплекс QRS также изменен — имеет вид QS, редко Qr. Инверсия зубцов на положительные, в данном отведении, будет свидетельствовать о патологическом процессе. Изменения ЭКГ в отведении aVR при различной локализации ИМ ЛЖ описанные в литературе:

1. При инфаркте миокарда боковой стенки ЛЖ: вид желудочкового комплекса типа rS.
2. При субэндокардиальном ИМ: элевация сегмента ST.

#### **Цель**

Проанализировать изменения в отведении aVR при инфаркте миокарда ЛЖ, выявить характерные особенности изменения полярности зубцов в зависимости от различной локализации инфаркта миокарда ЛЖ.

### **Материал и методы исследования**

Было проанализировано 50 электрокардиограмм в 12 стандартных отведениях, пациентов, находившихся на лечении в отделении реабилитации с диагнозом инфаркт миокарда (подострый период) на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди проанализированных электрокардиограмм на долю пациентов с не-Q инфарктом миокарда приходилось 17 (34 %) случаев, на долю Q инфаркта миокарда ЛЖ — 33 (66 %) случая, из них 2 случая повторного инфаркта миокарда. По локализации инфаркта миокарда: с не-Q инфарктом миокарда ЛЖ больше всего случаев инфаркта передней стенки, верхушки и боковой стенки — 13 случаев, 2 случая — задне-диафрагмальной локализации, 2 случая — задне-диафрагмального инфаркта с переходом на боковую стенку ЛЖ. У пациентов с Q инфарктом миокарда ЛЖ: задне-диафрагмальная локализация ИМ ЛЖ — 21 (42 %) случай, циркулярный ИМ — 1 случая, передний — 5 случаев, высоко-боковой ИМ ЛЖ — 2 случая, задне-базальный ИМ стенки ЛЖ — 4 случая.

Из 50 проанализированных ЭКГ, изменения в отведении aVR были выявлены в 35 (70 %) случаях. С Q инфарктом миокарда ЛЖ 27 (77 %) случаев, с не-Q инфарктом миокарда ЛЖ — 8 (13 %) случаев.

В 18 (51 %) случаях был выявлен положительный зубец Т, в 8 (23 %) случаях зубец Т был изоэлектричен (располагается на изолинии), в 3 (9 %) случаях — зубец Т имеет двухфазный вид (т. е. и положительный, и отрицательный). В большинстве случаев изменения выявлены на ЭКГ с Q инфарктом миокарда ЛЖ. Зубец Т положителен как при задне-базальном, задне-диафрагмальном и передне-верхушечно-боковом практически в одинаковом количестве случаев. При не-Q инфаркте миокарда ЛЖ зубец Т положителен при передней локализации в 2 случаях. Утверждение, что при субэндокардиальном ИМ выявляется подъем сегмента ST подтверждено только в 1 случае. Вид комплекса rS был выявлен в 4 случаях, при задне-диафрагмальной и задне-базальной локализации инфаркта миокарда.

Были проанализированы конституциональные особенности пациентов с ИМ, с целью уточнения влияния этого параметра на изменения в ЭКГ. Среди 50 пациентов с нормальной массой тела было 13 (26 %) человек, с избыточной массой тела и ожирением — 74 % (37 человек). С избыточной массой тела (ИМТ 25–29,9) — 13 (26 %) человек, с ожирением 1 степени (ИМТ 30–34,9) — 19 (38 %) человек, с ожирением 2 степени (ИМТ 35–39,9) — 5 (10 %) человек.

Среди 35 выявленных изменений в отведении aVR, в 30 (86 %) случаях у пациентов была избыточная масса тела. Только у 14 % был нормальный ИМТ. В одинаковом проценте случаев (3 случая) у пациентов с повышенной массой тела выявлены изменения в отведении aVR как при задне-диафрагмальной локализации, так и при переднем ИМ ЛЖ. У пациентов с ожирением 1 степени изменения в отведении aVR при задне-диафрагмальной локализации и при переднем ИМ ЛЖ отличается лишь на 1 случай. При ожирении 2 степени изменения в отведении aVR достоверно не отличаются.

### **Выводы**

1. Изменения в отведении aVR при различной локализации ИМ ЛЖ выявлено в 70 % случаев, эти изменения носят Т-зависимый характер.
2. В 74 % случаев отмечается повышенная масса тела или ожирение.
3. Среди пациентов с избыточной массой тела и ожирением, 60 % имеют изменения в отведении aVR независимо от локализации ИМ.
4. Таким образом, отведение aVR не показывает достоверных изменений в топической диагностике ИМ, однако достоверно «реагирует» у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Орлов, В. Н. Руководство по электрокардиографии / В. Н. Орлов; под ред. В. Н. Орлова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007.
2. Мурашко, В. В. Электрокардиография: учеб. пособие / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. — 14-е изд., перераб. — М.: МЕДпресс-информ, 2017. — 360 с.

УДК 616.127-005.4-085.22

**АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МЕКСИКОРА  
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СТАБИЛЬНОЙ  
СТЕНОКАРДИЕЙ II ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ**

*Федорцова Т. П.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. А. Николенко*

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

***Введение***

Ведущей причиной коронарной смерти в популяции являются желудочковые тахикардии (ЖА). Однако, выбор лекарственных препаратов для купирования желудочковой тахикардии остается ограниченным. Так как причиной возникновения нарушений сердечного ритма ишемического генеза является нарушение метаболизма в кардиомиоцитах, запуск окислительного стресса, нарушение трансмембранного ионного транспорта, то использование цитопротекторов, положительно влияющих на метаболизм в период гипоксии и активность свобонорадикального окисления, может оказать положительное влияние на уменьшение электрической нестабильности миокарда. Одним из таких лекарственных средств является препарат отечественного производства — цитопротектор мексикор [1, 2].

***Цель***

Изучить влияние мексикора на динамику частоты желудочковой тахикардии и параметров variability сердечного ритма (BCP) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (CC) II функционального класса (ФК).

***Материал и методы исследования***

Статистический анализ результатов суточного мониторирования электрокардиограммы (СМ ЭКГ) больных ИБС, CC ФК II. Критериями оценки являлась частота различных видов ЖЭ (одиночные, парные, групповые) и показатели variability сердечного ритма (SDNN, LF, HF). Пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: группа сравнения (n = 30) и группа контроля (n = 30).

***Результаты исследования и их обсуждение***

Всем пациентам, включенным в исследование, исходно назначалась базовая терапия, включающая в себя кардиоселективный  $\alpha_1$ -адреноблокатор (меторолола сукцинат — 200 мг/сут), ингибитор АПФ (периндоприл 5–10 мг/сут), дезагрегант (кардиомагнил — 75 мг/сут), статины (аторвастатин — 40 мг/сут). Через месяц, традиционная терапия первой группы дополнялась мексикором (300 — мг/сут) на протяжении месяца, затем цитопротектор отменялся, и пациенты получали основную антиангинальную терапию в течение следующих 2-х месяцев. Группа контроля на протяжении четырех месяцев получала только базовую антиангинальную терапию.

Исходно у всех пациентов при проведении СМ ЭКГ была выявлена частая желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) (одиночные, парные, групповые), причем в обеих группах преобладал дневной тип аритмии, которая провоцировалась или усиливалась при физической нагрузке, сопровождалась депрессией сегмента ST на ЭКГ, а также низкие показатели SDNN и HF.

У пациентов на фоне базисной терапии в течение первого месяца была достигнута целевая ЧСС (55–65 уд/мин) и достоверно уменьшилась частота одиночной ЖЭ днем на 68 %, в первую половину ночи — на 62 %, во вторую половину ночи — на 71 %.



Через месяц применения мексикора отмечено усиление антиаритмического эффекта  $\alpha_1$ -адреноблокатора, выраженное снижением частоты одиночной ЖЭ днем на 83 %, в первую половину ночи — на 80 %, во вторую половину ночи — на 92 %. Антиаритмический эффект мексикора сохранялся в течение двух месяцев после его отмены. Уменьшение парных и групповых ЖЭ после месяца базовой терапии статистически недостоверно. На фоне применения мексикора отмечено достоверное снижение частоты парной ЖЭ днем на 71 %, в первую половину ночи — на 100 %, во вторую половину ночи — на 99 % (рисунок 1), групповая ЖЭ днем и в ранний утренний период купировалась полностью, в первую половину ночи уменьшилась на 81 %.

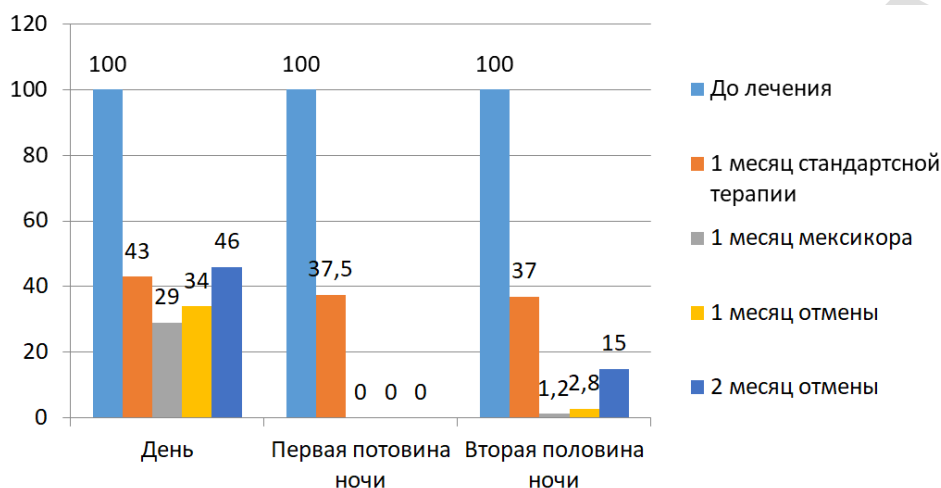


Рисунок 1 — Динамика частоты парной ЖЭ у больных ИБС, СС II ФК на фоне лечения мексикором, %

У пациентов 2-й группы со второго месяца базовой терапии достоверных изменений аритмической активности не выявлено.

Исходные показатели ВСР говорят о низких значениях SDNN и HF и преобладании симпатических модуляций над парасимпатическими. В течение первого месяца базисной терапии достоверного изменения SDNN не было. На фоне применения мексикора SDNN вырос днем на 75 %, в первую половину ночи — на 19 %, во вторую половину ночи — на 73 % по сравнению с первым месяцем базисной терапии.

Через месяц базисной терапии показатель LF снизился днем на 11 %, в первую половину ночи — на 31 %, во вторую половину ночи — на 16 %. Через месяц применения мексикора LF снизился на 50 %. На фоне базисной терапии выявлено увеличение HF в первую половину ночи на 16 %. Терапия мексикором привела к росту этого показателя на 44 %. В группе контроля данный показатель вырос лишь на 11 %.

### Выводы

Применение мексикора в комплексе со стандартной антиангинальной терапией ИБС: стабильной стенокардией II ФК и желудочковой тахикардией приводит к существенному усилению антиаритмического эффекта  $\alpha_1$ -адреноблокатора и улучшению показателей ВСР.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Применение цитопротективной терапии мексикором после радиочастотной абляции фибрилляции предсердий с целью профилактики ранних послеоперационных аритмий / Н. В. Лапшина [и др.] // Вестник аритмологии. — 2018. — № 91. — С. 48–51.
2. Антиаритмические возможности кардиоцитопротекторов в лечении пациентов ишемической болезнью сердца и желудочковыми аритмиями / Е. А. Рыньгач [и др.] // Российский кардиологический вестник. — 2016. — № 9. — С. 1–5.

УДК 616.3-003.6

## **СВЯЗЬ СИМПТОМА ИНОРОДНОГО ТЕЛА С ВИДОМ ПАТОЛОГИИ**

*Хлюпина А. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент З. П. Лемешевская**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Несмотря на длительную историю, проблема лечения пациентов с инородными телами пищевода (ИТП) сохраняет свою актуальность. Это связано с постоянным увеличением количества обращений, тяжестью вызываемых осложнений, маскировкой реальной проблемы симптомами характерными для других заболеваний. В связи с этим многие вопросы диагностики, тактики ведения и лечения данной категории пациентов остаются спорными и требуют своего решения [1].

### ***Цель***

Провести дифференциальную диагностику между жалобами пациентов с ИТП, пациентов с гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью и относительно здоровых людей.

### ***Материал и методы исследования***

Материалом послужили истории болезней 18 пациентов УЗ «Гродненская университетская клиника» в период с 2015 по 2019 гг., истории болезни 32 пациентов УЗ «Гродненская городская клиническая больница № 4». Анкетирование 115 человек по индивидуально разработанному опроснику. Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica» 10.0.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

На основании полученных данных, наиболее частыми жалобами пациентов с инородными телами пищевода, являются симптомы связанные с актом глотания (94,4 % от общего количества). При более детальном уточнении 8 (47 %) из 18 пациентов жалуются на дискомфорт и боль в горле при глотании, 3 (17,6 %) отмечают боль в горле, усиливающуюся при глотании. Только у трети пациентов имеется чувство инородного тела (6 (33,3 %) пациентов). Отмечают затруднение акта глотания 6 (33,3 %) пациентов. Из них 3 (50 %) жалуются на не прохождение твердой пищи по пищеводу. При анкетировании относительно здоровых 115 человек в возрасте 15–27 лет по индивидуально разработанному опроснику дискомфорт и боль в горле при глотании испытывают 38 (33 %) человек, 10 (8,7 %) человек имеют трудности при проглатывании твердой пищи. 69 (60 %) человек сталкивались с ощущением «застревания» пищи в области пищевода. 53 (46,1 %) человека испытывали чувство инородного тела в глотке/пищеводе при глотании, при чем 48,8 % из них не связывают данное чувство с приемом пищи и 26,3 % отметили связь чувства инородного тела с психо-эмоциональным фоном (беспокойством). При анализе 32 случаев пациентов с гастро-эзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) за 2 месяца 2020 г., проходивших лечение или обследование в гастроэнтерологическом отделении УЗ «Гродненская городская клиническая больница № 4», у 19 (59,4 %) из них встречаются жалобы на ком в горле, у 11 (34,4 %) человек — периодическое чувство задержки прохождения пищи по пищеводу.

### ***Выводы***

Для своевременной диагностики ИТП и предотвращения последующих осложнений у пациентов необходимо тщательно собирать анамнез, опираясь на основные жалобы, и дифференцировать с другими патологиями ЖКТ.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Случай необычного инородного тела пищевода / А. Л. Чарышкин и [др.] // Журнал им. Н. В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. — 2019. — С. 337–339.

УДК 616.329-003.6-06-07

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА

*Хлюпина А. А., Здрок В. С., Василевская О. И.*

Научный руководитель: ассистент *Е. С. Зарецкая*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

### **Введение**

Частой проблемой в хирургии являются инородные тела, которые случайно или умышленно проглатываются больными и локализуются в различных отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1]. При этом основное внимание авторы публикаций уделяют осложнениям инородных тел и методам эндоскопического их извлечения или оперативного лечения [2]. Вне поля зрения исследователей остаются вопросы лучевой диагностики инородных тел пищевода (ИТП).

### **Цель**

Изучить основные методы лучевой диагностики ИТП, применяемые в УЗ «Гродненская университетская клиника» и выяснить их эффективность.

### **Материал и методы исследования**

Материалом послужили истории болезней 18 пациентов УЗ «Гродненская университетская клиника» в период с 2015 по 2019 гг. Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica» 10.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Проанализировав данные были отобраны 18 пациентов с инородными телами пищевода. В 12 (66,7 %) случаях инородные тела были выявлены у женщин, в 6 (33,3 %) случаях — у мужчин. Возраст женщин от 52 до 82 лет (средний возраст 64,5), возраст мужчин от 45 до 63 лет (средний возраст 54,8).

Самым распространенным инородным телом пищевода является куриная кость (38,9 %), затем следует рыбная кость (22,2 %), 1 случай проглатывания сливовой кости (5,6 %). Непроходимость пищевода в 2 случаях вызывал кусок сала (11,1 %), по 1 случаю проглатывания зубного протеза (5,6 %), фрагмента блистера с капсулой (5,6 %), ручки шарикового крана (5,6 %), хряща (5,6 %).

С целью диагностики и попытки удаления инородного тела пищевода всем пациентам (100 % случаев) первично была проведена эзофагогастроскопия, однако только в 1 случае инородное тело пищевода (хрящ) сразу удалось удалить (протолкнуть в желудок). Удаление вклинившихся ИТП при эзофагогастроскопии без общей анестезии может быть затруднительно, что связано с риском повреждения стенки пищевода. Поэтому для определения точной локализации ИТП были выполнены: обзорная рентгенография органов грудной клетки, рентгенография шейного отдела пищевода в двух проекциях и рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастным агентом. Обзорная рентгенография грудной клетки выполнялась 3 (16,7 %) пациентам. Рентгенография шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях выполнялась 6 (33,3 %) пациентам. Рентгенография и рентгеноскопия пищевода с использованием водорастворимого контрастного вещества (томогексол 350) выполнялась 9 (50 %) пациентам. Данные исследования проводились с целью уточнения наличия ИТ, перфорации и обструкции пищевода. Рентгенологические методы позволяют обнаружить кости, обладающие даже незначительной контрастностью.

Рентгенопозитивные ИТ (кости курицы и рыбы) хорошо заметны на фоне контрастного вещества. Визуализируются ИТ в виде «полиповидного» дефекта наполнения

с неровными краями. Верхний край куска пищи четко заметен на фоне контрастного агента. Рентгенонегативные ИТ могут быть ошибочно приняты за стриктуру. Небольшие по размеру рентгенонегативные ИТ помогает выявить проглатывание хлопкового шарика, смоченного в контрастном веществе. Однако в нашем наблюдении данная методика не использовалась. В 1 (5,6 %) случае выполнялось МРТ органов средостеня. МРТ помогает выявить осложнения, которые в наших наблюдениях отсутствовали.

### **Выводы**

Основным методом диагностики ИТП является эзофагогастроскопия. Для выяснения точной локализации и размеров ИТ используют рентгенографию шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, прицельную рентгенографию пищевода.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Случай необычного инородного тела пищевода / А. Л. Чарышкин [и др.] // Журнал им. Н. В. Склифосовского. — Неотложная медицинская помощь. — 2019. — С. 337–339.
2. Войновский, А. Е. Диагностика и лечение при инородных телах желудочно-кишечного тракта / А. Е. Войновский // Хирургия. — 2012. — № 8. — С. 51–54.
3. Review of Foreign Body Ingestion and Esophageal Food Impaction Management in Adolescents / B. Sahn [et al.] // J. Adolesc Health. ePub. — 2014.

**УДК 616.13/.14-002.151-053.2**

## **КОАГУЛЯЦИОННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ**

*Штаненко А. В., Рида Х.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева**

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

### **Введение**

Геморрагический васкулит (ГВ) является полиэтиологичным заболеванием группы иммунокомплексных болезней с преимущественным поражением мелких сосудов кожи, суставов, желудочно-кишечного тракта и почечных клубочков.

По своей распространенности занимает первое место среди других системных васкулитов: частота заболевания составляет в среднем 25 случаев на 100 тыс. населения в год. Основой патогенеза ГВ является образование циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), вызывающих асептическое воспаление сосудов микроциркуляторного русла с последующим множественным микротромбообразованием, угрожающим развитием ДВС синдрома. Развитие геморрагического васкулита у детей сопровождается формированием выраженных нарушений различных звеньев системы гемостаза.

### **Цель**

Дать оценку коагуляционного статуса у детей с геморрагическим васкулитом.

### **Материал и методы исследования**

На базе гематологического отделения для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» нами изучены данные амбулаторных карт и историй болезней пациентов с впервые диагностированным ГВ за период с 2016 по 2020 гг. Всего обследовано 40 детей в возрасте от 0 до 18 лет. Диагноз верифицировался на основании клинических проявлений кожного синдрома по васкулитно-пурпурному типу кровоточивости. С целью оценки состояния системы гемостаза определялись следующие показатели коагулограммы: Д-димер, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген и тромбиновое время.

Данные показатели анализировались при первичной диагностике и после лечения до достижения ремиссии. В качестве базисной терапии все пациенты получали нефракционированный гепарин в суточной дозе 150–500 ЕД/кг. Средняя продолжительность лечения составила 3 недели. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы «Statistica» 6.0. Использовались непараметрические методы с расчетом медианы (Me), верхнего и нижнего квартиля. Значимость различий оценивали методом согласованности пар с использованием критерия Уилкоксона и Манна — Уитни. При оценке достоверности различий использовали порог значений достоверности  $p < 0,05$ .

#### Результаты исследования и их обсуждение

Всего обследовано 40 детей, мальчики болели несколько чаще, чем девочки в соотношении 1,5: 1. Средний возраст обследованных пациентов составил  $8 \pm 2,5$  лет. Преобладали дети в возрасте от 6 до 12 лет (48,7 %). У 22,5 % пациентов ( $n = 9$ ) диагностирована висцеральная форма заболевания (наличие абдоминального и (или) почечного синдромов) и у 77,5 % пациентов ( $n = 31$ ) — невисцеральная форма ГВ (наличие кожного и суставного синдромов). Анализ показателей коагулограммы при инициальной диагностике ГВ позволил выявить разнонаправленные изменения АЧТВ: от 24,5 до 73,8 с, но в большинстве случаев наблюдалась нормакоагуляция (92,5 %). При этом медиана АЧТВ до лечения составила 29 с (27,20...32,75) и достоверно не отличалась от аналогичного показателя после антикоагулянтной терапии 28,2 с (25,70...31,05) (таблица 1). Зарегистрировано удлинение АЧТВ у 3 (7,5 %) пациентов может быть объяснено накоплением большего количества ранних и поздних продуктов деградации фибрина, растворимых фибрин-мономерных комплексов и более выраженным потреблением факторов свертывания.

Таблица 1 — Показатели коагулограммы при геморрагическом васкулите у детей

Показатель	До лечения	После лечения	p
	Me (25–75 %)	Me (25–75 %)	
АЧТВ (с)	29 (27,2...32,75)	28,2 (25,7...31,05)	0,268382
ТВ (с)	16,2 (15,2...18)	17 (15,8...18)	0,867632
Фибриноген (г/л)	3,7 (2,94...4,6)	3 (2,50...3,5)	0,000427
Д-димеры (нг/мл)	569 (269...1129)	217,5 (168...250)	0,000007

Значения ТВ до начала терапии также, как и показателя АЧТВ в большинстве случаев находились в пределах нормальных значений, и его медиана не отличалась от данного показателя после лечения: 16,2 с (15,2...18) и 17 с (15,8...18) соответственно. Установлена достоверная разница в медиане показателя фибриногена: до лечения — 3,7 г/л (2,94...4,6) и 3 г/л (2,5...3,5) — после терапии гепарином. При этом инициально у 35 % пациентов уровень фибриногена превышал нормальные значения при максимальном показателе — 6 г/л. После гепаринотерапии ни у одного пациента не зарегистрировано повышение уровня фибриногена. Учитывая, что ФГ относится к острофазовым белкам, гиперфибриногенемия в острую фазу ГВ может свидетельствовать о наличии инфекционного процесса, сыгравшего разрешающую роль в развитии заболевания. Известно, что Д-димеры являются специфическими продуктами деградации фибрина, которые увеличиваются в крови после лизиса сгустка под влиянием плазмина и других неспецифических фибринолитиков. Уровень Д-димеров позволяет судить об интенсивности процессов образования и разрушения фибриновых сгустков и является наиболее чувствительным показателем, отражающим состояние гиперкоагуляции. В данном наблюдении медиана Д-димеров до лечения составила — 569 нг/мл (269...1129) и достоверно отличалась от данного показателя после лечения — 217,50 нг/мл (168...250). Уровень Д-димеров в острую фазу варьировал от 147 до 8579 нг/мл и превышал нор-

мальные значения у 80 % пациентов. После купирования острой фазы заболевания показатель Д-димеров превышал нормальные значения только у 20 % пациентов при максимальном значении — 631 нг/мл.

**Выводы**

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы. ГВ чаще диагностировался у детей в возрасте от 6 до 12 лет (48,7 %), преобладала невисцеральная форма заболевания (77,5 % пациентов). Инициально коагуляционный статус при ГВ у детей характеризовался состоянием гиперкоагуляции, что продемонстрировал показатель Д-димеров, превысивший референтные значения у 80 % пациентов при медиане составившей 569 нг/мл. Показатели вторичного гемостаза после проведенной базисной терапии и при достижении клинической ремиссии соответствовали нормокоагуляции с уровнем Д-димеров, достоверно более низким при сравнении с инициальными значениями (217,5 нг/мл), что свидетельствовало об эффективности антикоагулянтной терапии.

**УДК 616.379-008.64**

**ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЙ,  
АССОЦИИРОВАННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Ястребов В. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. М. Хардикова***

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Курск, Российская Федерация**

**Введение**

По мнению International Diabetes Federation (IDF), Россия занимает пятое место в мире по числу больных сахарным диабетом (СД) после Китая, Индии, США и Бразилии. Рост распространенности заболевания происходит в основном за счет СД 2 типа, на который приходится 9 из 10 всех случаев заболевания. При этом у 50 % от этого числа СД протекает скрыто. В свою очередь, состояние, при котором показатели сахара крови еще не достигли критериев сахарного диабета, но уже выходят за границы нормы, именуется предиабетом [1]. Следовательно, рост количества таких состояний создает благоприятную почву для дальнейшего увеличения заболеваемости СД2, с последующими осложнениями его течения, во всем мире, что заставляет специалистов уделять этому аспекту больше внимания, т.к. оперативные действия на ранней стадии предиабета способны существенно уменьшить риск развития данной эндокринной патологии, а также улучшить качество жизни уже заболевших пациентов [2].

**Цель**

Выявить зависимость между наличием факторов предиабета и развитием самого заболевания в будущем; показать значимость выявления биомаркеров диабета на ранних этапах.

**Материал и методы исследования**

Для проведения нашего исследования были выбраны критерии предиабета Американской диабетической ассоциации. Согласно этим критериям, люди, имеющие в анамнезе значение глюкозы плазмы натощак в диапазоне 5,6–6,9 ммоль/л, а также уровень сахара крови после проведения перорального глюкозотолерантного теста от 7,8 до 11,1 ммоль/л и показатель гликированного гемоглобина в пределах 5,7–6,4%, и состав-

ляют именно тот контингент, который наиболее подвержен заболеванию эндокринного характера. Помимо этого, для развития заболевания, в анамнезе выбранных групп людей было необходимо наличие предрасполагающих факторов, например: возраст выше 45 лет, наличие родственников, имеющих в анамнезе диабет первого или второго типов, наличие у пациента повышенных показателей цифр артериального давления, избыточная масса тела, наличие заболевания сердечно-сосудистой системы, СКПЯ и другие [3]. В эксперименте участвовало 135 человек.

#### **Результаты исследования и их обсуждения**

Согласно ведущим европейским и российским исследованиям (Росстат), была определена прямая непрерывная зависимость между риском возникновения сахарного диабета 2 типа и высокими показателями гликированного гемоглобина. Следует подчеркнуть, что максимальный риск (до 50 %) оказался в группе значений HbA1c 6,0–6,5 %. В группах с меньшим показателем гликированного гемоглобина риск возникновения СД2 снижался в несколько раз (до 10–15 %), что лишь подтверждает зависимость, указанную ранее.

Также необходимо отразить исследование, результаты которого показали зависимость между показателями глюкозы плазмы натощак (ГПН) и все того же гликированного гемоглобина. В опыте принимали участие люди различного возраста (от 40 до 75 лет), не имеющие в анамнезе сахарного диабета. Согласно его результатам, было выявлено, что в течение 5 лет при сочетании HbA1c свыше 6 %, но ниже 6,4 % и показателях ГПН в диапазоне 5,6–6,9 ммоль/л риск приобретения СД2 составляет около 89 %.

#### **Выводы**

1. Предиабет выступает основным предиктором развития сахарного диабета, а также его осложнений, поэтому его значительная распространенность неблагоприятно сказывается на показателях заболеваемости этих патологий.

2. Для подтверждения теории зависимости развития заболевания от вышеуказанных факторов не требуется большого числа испытуемых, что говорит о высокой степени доказуемости того факта, что повышенные показатели гликированного гемоглобина напрямую определяют вероятность приобретения сахарного диабета.

3. В силу своей распространенности и малой обращаемостью людей, имеющих в анамнезе различные факторы риска предиабета, следует повысить уровень знаний людей по данной тематике, довести эти сведения до врачей не только терапевтического, но и хирургического профиля, дабы еще на раннем этапе предупредить развитие сложной патологии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мисникова, И. В. Новый подход к проведению скрининга для выявления ранних нарушений углеводного обмена / И. В. Мисникова, А. В. Древаль, И. А. Барсуков // Проблемы эндокринологии. — 2011. — № 1. — С. 80–85.
2. Бирюкова, Е. В. Роль гликированного гемоглобина в диагностике и улучшении прогноза сахарного диабета / Е. В. Бирюкова // Медицинский совет. — 2017. — № 3. — С. 48–53.
3. Древаль, А. В. Распространенность сахарного диабета 2 типа и других нарушений углеводного обмена в зависимости от используемых критериев их диагностики / А. В. Древаль, И. В. Мисникова, И. А. Барсуков // Сахарный диабет. — 2010. — № 1. — С. 116–121.

**УДК 616.89:616.72-002.781**

## **ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ**

**Ястремский М. А., Лызлова Д. М.**

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

#### **Введение**

Подагра — метаболическое, тофусное заболевание, характеризующееся нарушением пуринового обмена и отложения кристаллов моноурата натрия в органах и тканях

[1]. Наиболее частыми спутниками подагры является депрессия, тревога, связанные с глубоким переживанием боли, своего состояния [2]. Таким образом, для улучшения показателей лечения пациентов с подагрой необходимо принимать во внимание психический статус пациента, проводить опросы по различным шкалам для коррекции и улучшения процесса реабилитации [3].

#### **Цель**

Оценка психического статуса пациентов в острый период подагры по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), визуальной аналоговой шкале боли (VAS).

#### **Материал и методы исследования**

Анализ опроса 30 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» с диагнозом подагра. Каждый пациент был обследован по шкале интенсивности болевого синдрома (VAS), которая представляет собой отрезок длиной 10 см. Начало соответствует отсутствию болевого ощущения — «боли нет», а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль — «невыносимая боль». Пациенту предлагалось сделать отметку соответствующую интенсивности боли. Каждый сантиметр на линии соответствует 1 баллу. Все пациенты были обследованы по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) с целью распознавания и оценки тяжести психического состояния на фоне болевого приступа. Данная шкала включает в себя 14 пунктов. С каждым из пунктов соотносится 4 варианта ответа. Варианты ответа отражают степень нарастания проявления симптомов у пациента. Для интерпретации необходимо суммировать баллы по каждой части в отдельности: 0–7 баллов — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога / депрессия, 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога / депрессия.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование включили 30 пациентов (мужчины 73,4 % (n = 22), женщины 26,6 % (n = 8)), в возрасте 33–79 лет (средний возраст — 58,9 лет). Результаты по шкале VAS представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты оценки пациентов по аналоговой шкале боли (VAS)

Характеристика боли	Количество баллов	Число пациентов, %
Слабая	0–1	n = 0
Умеренная	2–3	n = 1 (3,3 %)
Сильная	4–5	n = 11 (36,7 %)
Очень сильная	6–8	n = 15 (50 %)
Невыносимая	9–10	n = 3 (10 %)

У 10 % пациентов отмечалась невыносимая боль, у 50 % — очень сильная, у 36,7 % — сильная, 3,3 % пациентов отмечали умеренный болевой синдром.

Уровень депрессии и тревоги у пациентов с подагрой в зависимости от выраженности болевого синдрома представлен в таблице 2.

У 3,3 % пациентов с сильным болевым синдромом выявлены субклинические симптомы депрессии, при очень сильном болевом синдроме 23,3 % пациентов имели субклинические симптомы тревоги, 20 % — субклинические симптомы депрессии, 16,8 % — выраженные симптомы депрессии. При невыносимой боли 3,3 % пациентов имели субклинические симптомы тревоги, 6,7 % — выраженные симптомы тревоги, 6,7 % — субклинические симптомы депрессии, 3,3 % — выраженные симптомы депрессии.



Таблица 2 — Уровень депрессии и тревоги у пациентов с подагрой в зависимости от выраженности болевого синдрома

VAS (боль)	HADS (балл)					
	тревога			депрессия		
	0–7	8–10	> 11	0–7	8–10	> 11
Слабая	—	—	—	—	—	—
Умеренная	n = 1 (3,3 %)	—	—	n = 1 (3,3 %)	—	—
Сильная	n = 11 (36,7 %)	—	—	n = 10 (33,3 %)	n = 1 (3,3 %)	—
Очень сильная	n = 8 (26,7 %)	n = 7 (23,3 %)	—	n = 4 (13,3 %)	n = 6 (20 %)	n = 5 (16,8 %)
Невыносимая	—	n = 1 (3,3 %)	n = 2 (6,7 %)	—	n = 2 (6,7 %)	n = 1 (3,3 %)
Σ	n = 20 (66,6 %)	n = 8 (26,7 %)	n = 2 (6,7 %)	n = 15 (50 %)	n = 9 (30 %)	n = 6 (20 %)

### Выводы

1. В период обострения подагры 36,7 % пациентов отмечали боль как сильную, 50 % — очень сильную, а 10 % — как невыносимую. Клинически выраженная тревога выявлена у 6,7 % пациентов с невыносимой болью, клинически выраженная депрессия — у 16,8 % с очень сильной и у 3,3 % — с невыносимой болью.

2. Субклинические и клинические симптомы депрессии в период обострения подагры выявлены у 50 % пациентов, тревожные расстройства имели 33,4 % пациентов. Имеется тенденция к появлению зависимости между степенью выраженности болевого синдрома и появлением тревожно-депрессивных расстройств, что следует учитывать при оказании медицинской помощи пациентам в период обострения подагры.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: МИА, 2015. — 640 с.
2. Максудова, А. Н. Подагра / А. Н. Максудова, И. Б. Салихов, Р. А. Хабиров. — М.: МИА, 2008. — 96 с.
3. Ревматология. Клинические рекомендации / под ред. акад. Е. Л. Насонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 752 с.

УДК 616.12-008.313:615.22

## ORAL ANTICOAGULANTS IN HIGH RISK PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

*Alchabawi A. H., Mathunny Tharakan B.*

**Supervisor: PhD, Associate Professor E. G. Malaeva**

**Educational institution**

**«Gomel State Medical University»**

**Gomel, Republic of Belarus**

### Introduction

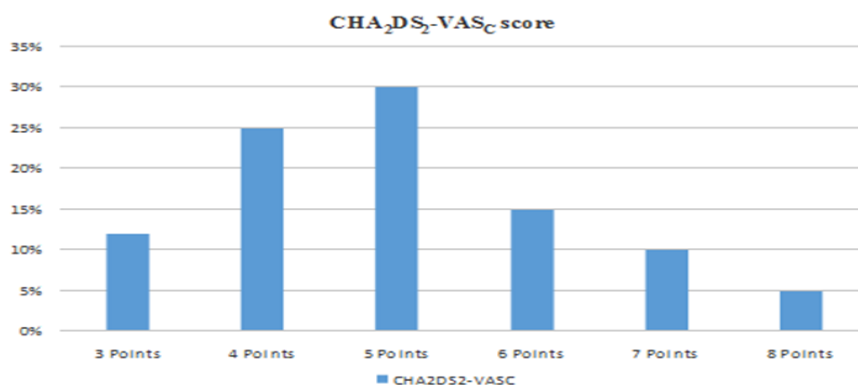
Atrial fibrillation (AF) is characterized by an irregular and often rapid heart beat and is associated with other cardiovascular diseases such as heart failure, coronary artery disease, valvular heart disease, diabetes mellitus and hypertension. AF being the most common arrhythmia has led to higher incidence of stroke and often thromboembolic events. Vitamin K antagonists (eg. Warfarin), direct thrombin inhibitors (Dabigatran) and factor X<sub>a</sub> inhibitors (Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban) have been FDA approved and also been recommended by AHA/ACC/HRS 2019 guidelines for prevention of thromboembolic accidents in AF.

### Purpose

Summarize the use of oral anticoagulants and consideration of high risk patient populations with prior stroke or TIA and high stroke or bleeding risk.

### Materials and methods

The data generated involve 35 patients in the Gomel City Hospital No. 3 over a period of 3 months. Patients with AF are at high risk of death and major cardiovascular accidents. Patients at high risk of stroke are identified using the CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> risk classification tool (picture 1).



Picture 1 — Patients identified >2 for males, >3 for female

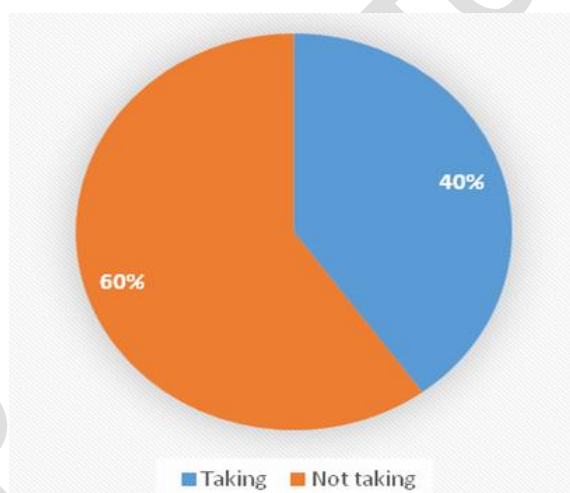
### Research results and discussion

The identified population had a low rate of oral anti-coagulants use only 40 % are taking oral anticoagulants (picture 2) and 6 % had stroke or myocardial infarction after the presentation of AF within 6 months. The long term use of novel oral anticoagulant agents has reduced the risk of repeating such accidents and hospitalization in this group.

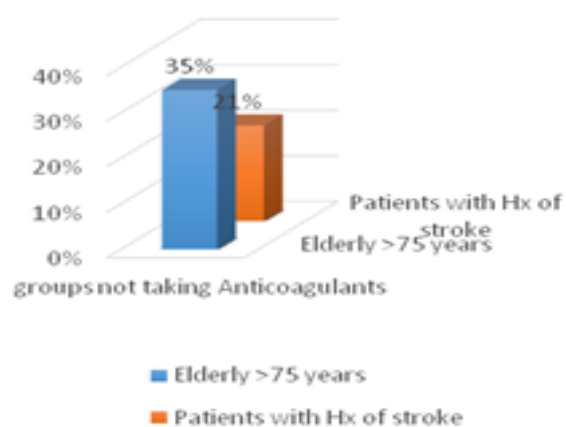
Elderly patients with AF have very high risk of thromboembolic events and given a consistent relative risk reduction with anticoagulation, are population that has some of the largest benefits from anticoagulation. Despite the benefits, these patients tend to be regulated due to concerns of bleeding. Only 35 % of the elderly (over the age of 75 years) has initiated this treatment while the rest refused to take it considering the price and bleeding risks (picture 3). While 7 % of the identified group presented with bleeding (not major), with the use of Rivaroxaban, they showed better prognosis after replacing it with Warfarin under good INR control.

The remaining 93 % did not have bleeding risk even though the age and underlying diseases increased its risk according to HAS-BLED score.

The most important observations and discoveries so far have been the underuse of oral anticoagulants to prevent stroke and the high risk of stroke in elderly.



Picture 2 — Oral Anticoagulants



Picture 3 — Risk groups not taking Anticoagulants

### Conclusion

Adequate patient education regarding the risks and benefits of oral anticoagulant agents is very demanding in this situation. If Rivaroxaban is unaffordable, Warfarin use with INR control is recommended.

УДК 616.379-008.64-084

**KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE REGARDING DIABETES MELLITUS  
AMONG DIABETIC AND NON-DIABETIC POPULATION**

*Ibe Chinazaekpere C., Onyeka Emmanuel C.*

**Supervisor: PhD, Associate Professor E. G. Malaeva**

**Educational institution  
«Gomel State Medical University»  
Gomel, Republic of Belarus**

***Introduction***

Diabetes mellitus (DM) is a group of metabolic disorders characterized by a high blood sugar level over a prolonged period of time. The prevalence of diabetes is increasing worldwide due to change in lifestyle and growing number of aging populations. The problem of DM is further expanded due to ignorance and lack of knowledge. DM can play the vital role in the course of morbidity and mortality through continued clinical consequence and mortality from the effect on kidney, cardiac functions, renal failure, visual impairments and blindness. Knowledge is the awareness of the community about DM. It is measured by calculating the average score of different items categorized as knowledgeable or not knowledgeable. Attitude is the way a community thinks and behaves toward DM. Good attitude or poor attitude. Practice is the habitual community involvement to prevent DM. Good practice or poor practice.

***Purpose***

The purpose of this review was to explore knowledge, attitude and practice (KAP) regarding diabetes mellitus (DM) among non-diabetic (non-DM) population and diabetes mellitus (DM) patients, identify the group that needs more education and insight on DM.

***Materials and methods***

Various medical databases including MEDLINE, PubMed, ResearchGate, medical journals and google were searched systematically to identify the articles pertaining to KAP in diabetic and non-diabetic patients on DM.

***Research results and discussion***

In a cross-sectional study conducted by Kassahun, C.W et al on knowledge, attitude, practice and their associated factors towards diabetes mellitus among non-diabetes community members of Bale zone administrative towns South East Ethiopia (2017), the study showed that more than 50 % of the participants were knowledgeable (52.5 %), had a good attitude (55.9 %) and practice (56.6 %) towards DM. 52.5 % of participants in this study were knowledgeable towards DM. Control and management (52.5 %) and its complication (51.5 %). The study also showed that 55.9 % had good attitude towards DM. Participants who had ever heard of DM had 4 times an increase in their knowledge level compared to subjects who did not hear before. Good attitude was observed 5 times more in students, 3 times more in government and private employees and 2 times more in merchants as compared to house wives. Being knowledgeable about DM had 3 times in their positive attitude level about DM compared to those who were not knowledgeable.

In a study by Fatema K et al on the knowledge attitude and practice regarding diabetes mellitus among Nondiabetic and diabetic study participants in Bangladesh (2017), it showed the proportion of poor, average and good knowledge scores among T2DM subjects were 17; 68; 15 % respectively. Attitude scores were 23; 67 and 10 % respectively. The KAP regarding DM was found to be better among people who were living with DM compared to their counterparts. DM males showed better knowledge and practice regarding DM compared to non-DM counterparts. Females showed better attitude score compared to males. Overall KAP were found to be significantly higher in middle age (31–50) participants in each group. Participants from urban residents, high educational background and upper socioeconomic class demonstrated a significantly higher score in terms of KAP in both non-DM and T2DM

groups. On linear regression analysis, knowledge scores correlated strongly with education, income, residence, diabetic state, BMI and attitude.

In another study on Knowledge, Attitude and Practice of Type 2 Diabetic Patients Visiting Diabetic OPD of TUTH and Non-Diabetic Population of Kathmandu by Sapkota Yogita (2018), the KAP of participants were assessed 60; 70 and 47.8 % of the diabetic participants had good KAP scores respectively. A significant relationship existed between total KAP score and education level of the patient and with physical activity level of the patient. No significant relationship between total KAP score and age group and genetic history of patient. 40; 73.3 and 51.1 % of the non-diabetic participants had good KAP score respectively. There was a significant difference between the mean knowledge score of diabetic and non-diabetic group and a significant difference between mean attitude score of diabetic and non-diabetic group. The study revealed a good level of knowledge and attitude but poor level of practice score in the diabetic populations and a poor level of knowledge and practice score but a good level of attitude score of the non-diabetic population was explored.

In a study conducted by Alzahrani Salem et al on the knowledge, Attitude, and Practice Regarding Diabetes Mellitus among General Public and Diabetic Patients in Riyadh, Saudi Arabia (2018), the participants' knowledge was assessed based on their understanding of DM, which included the causes, risk factors, symptoms, complications, and treatment options. They also concluded that the difference in the knowledge levels among all participants was directly related to the level of literacy, level of training received and availability of information on diabetes. Male respondents had a higher score in knowledge as well attitude while the practice scores were higher for female: that indicated a disciplined and coordinated effort from the female cohort in preventing menace of DM despite possessing a low knowledge. Even though the majority (>75 %) had either moderate or good knowledge, it was not reflected on their attitudes (46 %) and practices (43 %).

### **Conclusion**

General public and patients should be well educated on the basic pathogenesis of diabetes, risk factors and complications so as to be sure they have good knowledge which will in turn improve their attitude and practice regarding diabetes. Health literacy, counselling and education program should be made readily accessible to the general population and in-patients.

### **REFERENCES**

1. Kassahun, C. W. Knowledge, attitude, practice and their associated factors towards diabetes mellitus among non-diabetes community members of Bale zone administrative towns South East Ethiopia: a cross-sectional study / C. W. Kassahun, A. G. Mekonen // PLoS One. — 2017. — Vol. 12(2). — e0170040. — Published online 2017 Feb 2. doi: 10.1371/journal.pone.0170040.
2. Knowledge attitude and practice regarding diabetes mellitus among Nondiabetic and diabetic study participants in Bangladesh / K. Fatema [et al.] // BMC Public Health. — 2017. — Vol. 17(1). — P. 364.
3. Sapkota, Y. Knowledge, Attitude and Practice of Type 2 Diabetic Patients Visiting Diabetic OPD of TUTH and Non-Diabetic Population of Kathmandu / Y. Sapkota // Jour of Diab and Endo Assoc of Nepal. — 2018. — Vol. 2(1). — P. 17–23.
4. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Diabetes Mellitus among General Public and Diabetic Patients in Riyadh, Saudi Arabia / A. Salem [et al.] // Asian journal of pharmaceuticals Jan. — Mar 2018. — Suppl. 12(1). — P. 276.
5. About diabetes // World Health Organization. Archived from the original on 31 March 2014. — Retrieved 4 April 2014.

**УДК 616.12-008.313-07:616.831-005.8**

## **EVALUATING THE CAUSES, SYMPTOMS AND THE RISK OF STROKE IN BELARUSIAN PATIENTS, WITH ATRIAL FIBRILLATION**

*Karunakaran Naresh*

**Scientific supervisors: PhD, Associate prof. Malaeva Catherina G.  
and Assistant prof. Yarmolenko Olga A.**

**Educational institution  
«Gomel State Medical University»  
Gomel, Republic of Belarus**

### **Introduction**

Atrial fibrillation (Afib) is the most common sustained cardiac arrhythmia, it's characterized by rapid and irregular beating of the atrial chambers of the heart, sometimes episodes

have no symptoms. Occasionally there may be heart palpitations, fainting, shortness of breath, or chest pain. The atrial fibrillation, often associated with an increased risk of heart failure, dementia, and stroke [1]. Mostly, Atrial fibrillation renders significant morbidity among the geriatric population, often leads to stroke or other cardiac complications. So, an anamnesis-based questionnaire was used for this study, among the target patients to understand the causes and impact of symptoms over the patient's life. And also, the patient with Afib is considered 5 times higher risk for stroke. So that, it is very important to evaluate the risk of stroke for selecting antithrombotic therapy for Afib patients as a prevention [2].

#### ***Aim***

To understand the causes of atrial fibrillation and impacts of symptoms on the patient's life and evaluating the risk of stroke to prevent it.

#### ***Subjects and methods***

An anamnesis-based questionnaire study in 31 patients from Gomel state clinical hospital № 3, Gomel, Belarus was used. The patients for collecting the anamnesis data (age, past medical history, present complaints, smoking and drinking habits, etc.) to denote the causes of Afib and its symptoms were examined. Later, patients were categorized by their gender (male or female) and types of Afib (paroxysmal, persistent, long-standing persistent, permanent). To describe the severity of symptoms of Afib, we used Canadian cardiovascular society — the severity of atrial fibrillation scale (CCS-SAF), which as score ranges from 0 to 4 those are classified as class 0 (asymptomatic), class 1 (minimal effect), class 2 (minor effect), class 3 (moderate effect), class 4 (severe effect) and scale is assessed based on 3 parameters Afib related symptoms, determination of symptoms rhythm correlation, assessment of the effect of symptoms on function and quality of life. By using CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-Vasc risk score for assessing the risk of stroke and for selecting antithrombotic therapy. This scoring system contains cardiac failure = 1, hypertension = 1, age  $\geq 75$  = 2, DM = 1, stroke = 2, vascular disease = 1, age 64–75 = 1, female = 1. The maximum scores are 9. By using this guideline, I reviewed recommend of antithrombotic therapy to patients in this study. those recommend are divided into 3 categories according to the scoring system in that, score 0 (no recommend), score 1 (recommends for oral anticoagulation or antiplatelet), score  $\geq 2$  (recommend oral anticoagulation). All the numerical data of the study were collected and compared in Ms excel.

#### ***Results and discussions***

As an initiative method to find the risk age group of Afib, the average age of the 31 patients were 65.5 (48–80). In that, 15 male (M) of 48.39 %, mean age = 62.2 and 16 female (F) of 51.61 %, mean age = 68.8. then, we separated the patients according to their age into five categories, which are <60 age (M – 4, F – 2), 60–69 age (M – 9, F – 6), 70–79 age (M – 2, F – 7), >80 age (M – 0, F – 1). Among the 31 patients, comparing the age of 15 male patients and 16 female patients in those categories, it shows 60 % of male under the age group of 60–69 and 44 % of female under the age group of 70–79 were in risk of Afib. By analysing overall among 31 patients, 49 % of patients were at high risk of Afib seen in this study.

By collecting the anamnesis data from the 31 patients to denote the causes of Afib. In Table 1, we can see the number of causative agents of afib affect these patients.

According to this data, we compared the total values in each category. This shows, 21 % of patients who had a cardiovascular-related disease and 19 % of patients who had hypertension, which led to causes Afib episodes higher than other causative agents were seen in this study.

The patients are also categorized by the types of atrial fibrillation according to the guideline from ACC&AHA, they are paroxysmal (M = 8, F = 12), persistent (M = 4, F = 1), long-standing persistent (M = 0, F = 1), permanent (M = 3, F = 2). We used CCS-SAF scale for describing the severity of symptoms in atrial fibrillation, scale is assessed based on 3 parameters and score ranges. We evaluated by separating the 31 patients according to the score range,

those are class 0 = 0, class 1 = 7 (23 %), class 2 = 10 (32 %), class 3 = 14 (42 %), class 4 = 0. According to this assessment, we found that 42 % of patients under class3 have moderate effect on quality of life and other patients have minor and minimal effects on their life.

Table 1

Causes	15 male patients	16 Female patients	Totally 31 patients
Alcohol induces Afib	3	0	3
Hypertensive	14	14	28
Thyroid disease induces Afib	3	10	13
CVD/ICD/VD	15	16	31
Hereditary	4	8	12
Obesity	9	11	20
Diabetes mellitus	2	4	6
Induce of Afib due to emotion condition & physical activity	2	12	4
other organic disease induces Afib (CKD, LD, ONC, GYNC)	8	10	18

Assessing the risk of stroke in atrial fibrillation and recommendation of antithrombotic therapy for patients by CHA2DS2-Vasc score. With the help of this scoring system, the score ranges of 31 patients is between 1–8. There are no patients with low-risk and zero score. In another side, 3 patients with intermediate-risk and score 1 (10 %), and 28 patients with high-risk and score 2 or greater (90 %). According to the scores given to the patients in CHA2DS2-Vasc, as a recommendation for 3 patients with score 1 are prescribed by an oral anticoagulation or antiplatelet and 28 patients with score 2 or greater are prescribed by an oral anticoagulation. This recommend that antithrombotic therapy should be followed for a lifelong period without negligence.

**Conclusions** in this study, we assessed and understood the causes, severity of symptoms and risk of stroke among the given Belarusian patients. It mainly shows, that patient with cardiovascular-related disease and under the age group of 60–69 provokes high level of atrial fibrillation episodes. Patients with episodes of symptoms have moderate effects on the quality of life. And 90 % of patients in a given population are under high-risk and recommended for oral anticoagulation.

#### REFERENCES

1. Atrial fibrillation or flutter: MedlinePlus Medical Encyclopedia // Medlineplus.gov. Retrieved. — 2019. — 28 May.
2. Gray, David. Chamberlain's Symptoms and Signs in Clinical Medicine: An Introduction to Medical Diagnosis (13th ed.) / Gray, David. — London: Hodder Arnold. — 2010. — P. 70–71.
3. Canadian cardiovascular society consensus conference: atrial fibrillation / C. R. Kerr [et al.] // Can J Cardiol. — 2005. — Vol. 21, Suppl. B. — P. 9–73.
4. The net clinical benefit of warfarin in patients with atrial fibrillation: a report from the Swedish atrial fibrillation cohort study / L. Friberg [et al.] // Circulation. — 2012. — Vol. 125(19). — P. 2298–2307.

УДК 616.72-002.77-009.7-07

### ASSESSMENT OF PAIN IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS TO DETERMINE THE DEGREE OF ITS ACTIVITY

*Molotiagin D., Orel N.*

**Scientific supervisor: Prof. P. Kravchun**

**Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine**

#### **Introduction**

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic systemic disease of connective tissue with unknown etiology. It has complicated autoimmune pathogenesis, characterized by progressive

erosive polyarthritis with destruction of the joint. RA is the most common disease among chronic inflammatory joint diseases and takes one of the central places among rheumatic disorders.

According to WHO, the average prevalence of established RA is about 1 % of the population. The disease manifests in the age of 35–45 years, women are sick 4 times more often than men. The disease is characterized by an increase in mortality 2–3 times than in the general population. An important component in predicting disease progression and performance is determining the extent of disease activity. For this purpose various techniques are used, that include intensity of morning stiffness, erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein level and evaluation index of pain.

#### ***Purpose of the study***

Determine the feasibility of using pain index by conducting proper research evaluation of joint pain in patients with various degrees of RA activity.

#### ***Materials and methods***

We interviewed 35 patients, different in gender, age, with various disease timing and RA activity rates. Two groups were distinguished by gender: the first group included 16 men, the second group — 19 women.

The age group was divided into 3 groups: the first group — 25–40 years — 12 people, the second group — 41–55 years — 16 people, the third group — 56–69 years — 7 people.

The duration of the disease is also divided into 3 groups: the first — from 1 to 5 years, which included 16 people, the second — 5–10 years — 12 people and the third — with a disease duration of more than 10 years — 7 people.

There are also 4 groups according to the levels of RA activity: the 1st group included 6 people in remission, the 2nd group — 10 people with low activity, the 3rd group — 10 people with average activity, and the 4th group — 9 people with high activity. The Disease Activity Index was determined on a DAS — Disease Activity Score. Pain was assessed using the Ritchie articular index and the Visual Analog Scale (VAS).

#### ***Results***

According to the survey, women rate their pain as more intensive: having higher numbers on the VAS and the Ritchie index in 80 % of cases. While men score is 3–4 points on articular index, women score is 5–6 points.

No correlation was found between age and pain intensity score.

Dependence on disease duration and pain intensity have been found — the longer the disease progresses, the less significant the patients evaluate the pain that may be associated with adapting to the disease.

A correlation between RA activity levels was also found: patients in remission rated pain at 0–1 points, with low activity from 0 to 3 points, with average activity at 4–5 points, and with high activity over 5 points.

#### ***Conclusion***

Pain assessment for determining the degree of activity of rheumatoid arthritis is not an appropriate method. Different categories of respondents with different intensity experience pain, giving different estimates of its intensity with the same degrees of activity. Therefore, pain intensity is a more subjective feature, although it cannot be ignored. When assessing pain, the patient's gender and his / her emotional state and duration of the disease should be taken into account.

УДК 61689-008,44133+616,89-008.441.13

**SMOKING AND DRINKING AS A SOCIAL ISSUE  
NEGATIVE INFLUENCE OF ACTIVE AND PASSIVE SMOKING**

*Okonta Rosemary Theresa*

**Supervisor: PhD, Associate Professor E. G. Malaeva**

**Educational institution  
«Gomel State Medical University»  
Gomel, Republic of Belarus**

***Introduction***

Cigarette smoking and alcohol use disorders are closely linked, but it is not clear whether higher rates of alcohol use disorder (AUD) among smokers are solely attributable to heavier drinking, or alternatively, whether smokers are more vulnerable to alcohol abuse and dependence than non-smokers who drink comparable quantities. We sought to address this issue using data from a nationally representative of Belarus. sample of adolescents and young adults. Specifically, we analyzed the relationship between cigarette smoking and alcohol use disorders.

***Purpose***

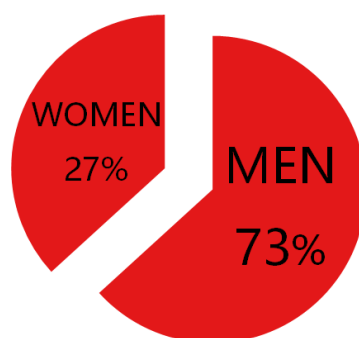
Analyze the relationship between cigarette smoking and alcohol use disorders.

***Materials and methods***

Data were from the aggregated through January to March of 2020 Belarus. Participants which are patients were randomly selected in the hospital. Age of participants are between 25 to 60 years. Measurements included current ICD 10 alcohol abuse or dependence, number of drinks in the past 30-days, and past-year cigarette smoking, defined as having smoked more than 100 cigarettes across the lifetime and having smoked during the past year.

***Research results and discussion***

Prevalence of smoking and alcoholism is high amongst participants. Smokers drank in higher quantities than never-smokers, but were also at elevated risk for alcohol use disorder when compared to never-smokers who drank equivalent quantities. The effect was observed across age 25 to 60 years. The results of the participants shows that out of the aggregated index, 73 % of male are smoker and alcohol users why 27 % are females (picture 1). Differences in alcohol use disorder between smokers and never-smokers were most pronounced at lower levels of drinking.



**Picture 1 — Smoker and alcohol users**

***Conclusions***

The results are consistent with a higher vulnerability to alcohol use disorders among smokers, compared to non-smokers who drink equivalent quantities.



СОДЕРЖАНИЕ

**СЕКЦИЯ 5. «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»**

*Авдейчик И. В., Железнякова Д. А.*

Общий анализ крови как один из этапов дифференциальной диагностики анемий у детей..... 3

*Аль-Шавеш Абдулджалил*

Приверженность пациентов с хронической сердечной недостаточностью к выполнению врачебных рекомендаций ..... 5

*Андросов С. С.*

Антиаритмическая коррекция милдронатом больных с ишемической болезнью сердца стабильной стенокардией III функционального класса ..... 6

*Антипина Е. О.*

Взаимосвязь психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий ..... 8

*Анфилова М. Г., Быстрицкая Н. С., Волобуев Д. К., Востриков П. П.*

Патология сердечно-сосудистой системы у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от возраста ..... 10

*Бедрицкая В. М., Моховцова М. Н.*

Изучение коморбидной патологии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа ..... 11

*Беридзе Р. М.*

Оценка когнитивных дисфункций у пациентов с сахарным диабетом 1 типа..... 13

*Бернацкая Е. Н., Миронова К. А.*

Анализ использования антибиотиков при острых респираторных инфекциях в амбулаторной практике у молодых пациентов ..... 15

*Бильский И. А., Волчек В. С.*

Применение биологической терапии в лечении ювенильного ревматоидного артрита..... 17

*Бондарева О. Н., Козлова И. А.*

Скрининг как метод раннего выявления рака молочной железы..... 19

*Борисенко Е. В., Квасова М. В.*

Роль качества сна в оценке ночной динамики артериального давления ..... 21

*Борисовец М. В.*

Использование шкалы MELD у пациентов с циррозом печени ..... 22

*Букотина Д. А., Костюкевич Я. П.*

Зависимость развития пароксизмальной формы фибрилляций предсердий от метеоусловий ..... 24

*Бурейко К. А., Гаврикова Д. И., Гавриков А. К.*

Клинические и диагностические особенности врожденных клапанных дефектов ..... 26

*Быстрицкая Н. С., Волобуев Д. К., Анфилова М. Г.*

Анализ факторов риска инфаркта миокарда среди разных половозрастных групп..... 28

<b>Василенко Е. В., Воробьёва Е. С.</b> Приверженность к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий .....	30
<b>Виноградова Е. А.</b> Оценка качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника .....	32
<b>Власенко В. Д.</b> Влияние кардиопротектора милдроната на желудочковые тахикардии и вариабельность сердечного ритма у больных с хроническими формами ишемической болезни сердца.....	34
<b>Волобуев Д. К., Быстрицкая Н. С., Анфилова М. Г.</b> Нарушения ритма сердца у больных инфарктом миокарда.....	36
<b>Волчек В. С., Бильский И. А.</b> Эффективность применения биологической терапии в лечении ревматоидного артрита.....	38
<b>Гаврикова Д. И., Гавриков А. К.</b> Связь анемии и хронической сердечной недостаточности у больных кардиологического профиля .....	39
<b>Гайдукова М. В.</b> Достоверность ультразвукового метода исследования при диагностике и дифференциальной диагностике новообразований и псевдоопухолевых структур паренхимы почки .....	41
<b>Ганцалева А. В.</b> Микроангиопатии при сахарном диабете 2 типа .....	43
<b>Гнедько К. А., Змушко В. А.</b> Анализ результатов холтеровского мониторирования у лиц пожилого и старческого возраста .....	45
<b>Губко А. Ю., Харкевич С. М., Кожемякина О. С.</b> Зависимость течения синдрома диабетической стопы от формы и гендерных различий .....	47
<b>Дегелевич Н. А., Пырков М. С.</b> Применение нейрореплетов в лечении язвенной болезни желудка.....	48
<b>Дей В. А., Иванова А. Н.</b> Сравнение и оценка тревожно-депрессивного статуса пациентов кардиологического и кардиохирургического отделений.....	50
<b>Дорощенко А. А.</b> Клинико-лабораторные проявления у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	51
<b>Дьяков И. В., Каньго О. Н.</b> Варианты течения иммунной тромбоцитопении у детей.....	53
<b>Железнякова Д. А.</b> Тип личности D как маркер риска нестабильной стенокардии .....	55
<b>Железнякова Д. А., Авдейчик И. В.</b> Первичная диагностика антифосфолипидного синдрома .....	57

<b>Жизневская В. А.</b> Факторы риска и особенности приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией.....	59
<b>Жизневская В. А.</b> Значимость повышения приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией.....	61
<b>Звягинцева О. И., Швейнов А. И.</b> Влияние омакора на вариабельность сердечного ритма у больных с острым коронарным синдромом с исходом в нестабильную стенокардию.....	63
<b>Зубцов М. С.</b> Методика популяционной оценки смертности пациентов пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом в курской области с помощью анализа медицинских свидетельств о смерти .....	65
<b>Зубцов М. С.</b> Оценка уровня заболеваемости сельского населения пожилого и старческого возраста Ливенского района Орловской области .....	67
<b>Ибрагимов А. Х.</b> Клинический случай гемохроматоза у пациента с хроническим гепатитом С.....	69
<b>Иванова А. Н., Дей В. А.</b> Изучение качества жизни послеоперационных пациентов кардиохирургического отделения .....	71
<b>Изуит А. А.</b> Изменения интервала QT и оценка результатов ортостатических реакций у пациентов с циррозом печени.....	72
<b>Кадол Е. П.</b> Анализ клинико-лабораторных изменений у пациентов с циррозом печени .....	74
<b>Касабуцкий В. В., Ланицкий Н. А.</b> Коронарный кальций в качестве индикаторного метода атеросклеротических поражений.....	76
<b>Ким К. М.</b> Изменения электрокардиограммы у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения .....	78
<b>Козлова К. А.</b> Диагностическая значимость уровня сывороточных ферментов у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.....	79
<b>Конюшенко А. А.</b> Изменения показателей гемограммы и коагулограммы у пациентов с циррозом печени.....	81
<b>Коржова И. Ю., Иванкова К. А., Абдурашидова З. А.</b> Приверженность к лечению статинами больных со стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом.....	83
<b>Короленко Н. А., Кобылко Л. А., Грицкевич Н. В.</b> Оценка уровня триглицеридов у пациентов, перенесших инфаркт миокарда левого желудочка .....	84

<b>Котова В. С., Алексейчик Е. С.</b> Язва желудка и двенадцатиперстной кишки .....	86
<b>Красовская Д. В.</b> Оценка факторов риска вариабельности гликемии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.....	88
<b>Кротенок К. С.</b> Малые аномалии сердца и фибрилляция предсердий у молодых людей .....	90
<b>Кротенок К. С., Ладик А. О.</b> Оценка липидного спектра у пациентов с фибрилляцией предсердий.....	92
<b>Кругликова А. В.</b> Факторы риска развития фибрилляции предсердий после хирургической реваскуляризации миокарда .....	94
<b>Кругликова А. В.</b> Влияние температуры окружающей среды на число острых респираторных заболеваний.....	96
<b>Кулинич В. А.</b> Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с циррозом печени .....	98
<b>Кульэсенова Г. К.</b> Распространенность мутаций гена гемохроматоза в разных популяциях.....	99
<b>Кучинская Д. С., Чупилина Ю. М.</b> Приверженность пациентов с циррозом печени к здоровому образу жизни.....	101
<b>Лалаев Э. Э.</b> Особенности клинического течения серонегативного ревматоидного артрита .....	103
<b>Лалаев Э. Э.</b> Сравнительная оценка качества жизни пациентов при бедренно-подколенном шунтировании биологическим протезом и аутовеной .....	105
<b>Лане С. О., Голомако Ю. Н.</b> Прогностическое значение фибриногена при остром инфаркте миокарда.....	108
<b>Лобан Д. С., Бычик М. А.</b> Гипотензивный эффект гипербарической оксигенации при острых и хронических формах ишемической болезни сердца.....	110
<b>Лукьянчик Д. С., Демко А. В.</b> Актуальные вопросы регистрации электрокардиографии .....	112
<b>Лызлова Д. М., Ястремский М. А.</b> Кардиоваскулярные заболевания у пациентов с подагрой .....	114
<b>Манько А. А.</b> Гендерные различия цирроза печени .....	116
<b>Медведев М. А.</b> Риск развития нарушений сердечной деятельности у пациентов с расщепляющей аневризмой аорты.....	118
<b>Мироненко Е. С.</b> Клинико-лабораторные и инструментальные особенности у пациентов с инфарктом миокарда.....	120

<b>Мироненко Е. С., Ладик А. О.</b> Возрастные и гендерные особенности у пациентов с инфарктом миокарда .....	122
<b>Миронова Д. Ю.</b> Редкий случай болезни Шегрена в клинической практике.....	124
<b>Могилевская А. В.</b> Оценка факторов риска нестабильной стенокардии.....	126
<b>Мосунова Э. А., Подрез Н. Д.</b> Депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и диабетической полинейропатией .....	127
<b>Мосунова Э. А., Подрез Н. Д.</b> Качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа .....	129
<b>Неброва А. С., Савицкая К. А.</b> Алкогольный цирроз печени.....	131
<b>Нечаева Е. С.</b> Диагностика скрытой хронической болезни почек у пациентов различных возрастных групп с условно нормальным и повышенным уровнем креатинина .....	133
<b>Новиков А. А., Романюк К. В.</b> Применение психотропных препаратов при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.....	135
<b>Озерова Е. Е.</b> Клинико-эпидемиологическая характеристика пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца .....	137
<b>Остапец В. И.</b> Коморбидная патология у пациентов с фибрилляцией предсердий .....	138
<b>Поддубный А. А., Тимашков О. В.</b> Структура пациентов с циррозом печени в городском отделении гастроэнтерологии г. Гомеля.....	140
<b>Поплавский М. В.</b> Клинико-биохимические изменения у пациентов с печеночной энцефалопатией .....	142
<b>Потерёбкина И. В., Селюжицкий Д. С.</b> Коморбидные заболевания у пациентов с ревматоидным артритом .....	144
<b>Принеслик А. В.</b> Геморрагический синдром при циррозе печени .....	146
<b>Ридецкая Е. Н.</b> Факторы риска у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа .....	147
<b>Саввина А. А., Гнедько К. А.</b> Анализ случаев инфекционного эндокардита, подвергшихся оперативному лечению .....	149
<b>Селюжицкий Д. С., Потерёбкина И. В.</b> Трудности диагностики ревматоидного артрита .....	151
<b>Селюкова И. В.</b> Макроангиопатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа .....	153
<b>Сенникова А. В.</b> Варикозно расширенные вены пищевода у пациентов с циррозом печени .....	155

**Сидак А. А., Штульман М. А.**

Клиническая и лабораторно-инструментальная характеристика пациентов с тяжелой хронической сердечной недостаточностью ..... 157

**Сидоренко А. Н.**

Оценка эмоционально-волевых нарушений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа ..... 158

**Скибарь А. А., Сивакова С. Д.**

Анализ интенсивности и структуры боли при онкологической патологии ..... 160

**Сковородко В. А., Микитюк А. В.**

Стратификация риска сахарного диабета II типа у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ..... 162

**Старовойтова А. С., Колесникова К. И.**

Взаимосвязь показателей липидного спектра с психоэмоциональными факторами у здоровых лиц ..... 163

**Степанец Е. А., Чумакова А. В.**

Анализ ЭКГ изменений в отведении AVR при различной локализации инфаркта миокарда левого желудочка ..... 166

**Федорцова Т. П.**

Антиаритмический эффект мексикора у больных ишемической болезнью сердца стабильной стенокардией II функциональным классом ..... 168

**Хлюпина А. А.**

Связь симптома инородного тела с видом патологии ..... 170

**Хлюпина А. А., Здрок В. С., Василевская О. И.**

Лучевая диагностика инородных тел пищевода ..... 171

**Штаненко А. В., Руда Х.**

Коагуляционный статус у детей с геморрагическим васкулитом ..... 172

**Ястребов В. С.**

Значимость раннего выявления состояний, ассоциированных с сахарным диабетом ..... 174

**Ястремский М. А., Лызлова Д. М.**

Оценка психического статуса у пациентов с подагрой ..... 175

**Alchabawi A. H., Mathunny Tharakan B.**

Oral anticoagulants in high risk patients with atrial fibrillation ..... 177

**Ibe Chinazaekpere C., Onyeka Emmanuel C.**

Knowledge, attitude and practice regarding diabetes mellitus among diabetic and non-diabetic population ..... 179

**Karunakaran Naresh**

Evaluating the causes, symptoms and the risk of stroke in Belarusian patients, with atrial fibrillation ..... 180

**Molotiagin D., Orel N.**

Assessment of pain in patients with rheumatoid arthritis to determine the degree of its activity ..... 182

**Okonta Rosemary Theresa**

Smoking and drinking as a social issue negative influence of active and passive smoking ..... 184

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ  
РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ  
МЕДИЦИНЫ**

**Сборник научных статей  
XII Республиканской научно-практической конференции  
с международным участием студентов и молодых ученых  
(г. Гомель, 8 октября 2020 года)**

**В восьми томах**

**Том 2**

***В авторской редакции***

**Компьютерная верстка *С. Н. Курт***

Подписано в работу 12.10.2020.

Тираж 30 экз. Заказ № 324.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,  
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.

Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.