

На фоне ИБС у пациентов ХБП С1 стадии отмечается в 28,57 % случаев, С2 стадия ХБП встречается у 57,15 % пациентов, С3 стадия — у 14,28 % пациентов.

У пациентов с АГ ХБП С1 стадии встречается у 7,14 % пациентов, С2 стадия — у 50 % пациентов, С3а и С3б — у 28,57 % и 14,29 % пациентов соответственно.

У 9 (42,86 %) пациентов (мужчин — 4 (19,05 %), женщин — 5 (23,81 %)) выявлена протеинурия (до 0,5 г) в разовой утренней порции мочи.

На основе полученных результатов можно судить о наличии связи между заболеваниями сердечно-сосудистой системы и хронической болезни почек, опираясь на показания скорости клубочковой фильтрации, уровня креатинина в сыворотке крови.

#### **Выводы**

1. У пациентов с ишемической болезнью сердца хроническая болезнь почек стадии С1 выявлена у 28,57 %, С2 стадия у 57,15 %, С3а стадия у 14,28 %.

2. У пациентов с артериальной гипертензией хроническая болезнь почек стадии С1 выявлена у 7,14 %, С2 стадия у 50 %, С3а стадия у 28,57 % и С3б у 14,29 %.

3. У 19,05 % мужчин и 23,81 % женщин выявлена протеинурия до 0,5 грамм в разовой порции мочи.

4. Учитывая высокую распространенность хронической болезни почек как у мужчин, так и у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями целесообразно рассчитывать скорость клубочковой фильтрации с помощью онлайн калькулятора расчета СКФ по формуле СКД EPI с целью своевременной диагностики и лечения хронической болезни почек, что сможет улучшить прогноз у данной группы пациентов.

5. Хроническая болезнь почек, развивающаяся на фоне сердечно-сосудистых заболеваний, требует учета дозы лекарственных препаратов, а также учета противопоказаний к препаратам, назначаемых при сопутствующей патологии почек.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Kidney and hypertension / M. Adamczak [et al] // Kidney Int. — 2002. — Vol. 61 (80). P. 62.
2. Preston, RA. Renal parenchymal hypertension: current concepts of pathogenesis and management / RA. Preston, I. Singer, M. Epstein // Arch Intern Med. — 1996. — Vol. 156 (6). P. 602–611.
3. Калькулятор СКФ онлайн: расчет по формуле СКД-EPI [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://gormonoff.com/tools/raschet-skorosti-klubochkovo-filtracii>. — Дата доступа: 19.03.2021.
4. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы и суточное мониторирование артериального давления: возможности метода, показания к проведению, интерпретация показателей: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 35 с.
5. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 88 с.
6. Нефропатии: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 76 с.

**УДК 616.127-005.8:616.379-008.64]-073/-074**

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Надточеева Е. П.**

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Одна из наиболее значимых проблем современной медицины — острый инфаркт миокарда (ОИМ) [1]. Сахарный диабет 2 типа (СД2) вносит существенный вклад в развитие ОИМ, так как его частота при СД2 увеличивается в 5 раз

у женщин и в 3 раза у мужчин [2]. По данным регистра GRACE (The Global Registry of Acute Coronary Events) у пациентов с ранее установленным диагнозом СД2, риск смерти от ОИМ почти в 2 раза больше, чем у пациентов без данного диагноза [3]. ОИМ при СД2 отличается большей тяжестью течения, вариацией клинико-лабораторных показателей, встречается у более молодых пациентов [4, 5]. Таким образом, изучение ассоциированных с СД2 факторов, утяжеляющих течение ОИМ, особенностей клинического течения и лабораторных показателей является одной из важнейших задач современной клинической терапии.

### **Цель**

Изучить клинико-лабораторные особенности течения ОИМ у пациентов с сопутствующим СД2.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ методом сплошной выборки историй болезни 71 пациента, находившихся на лечении в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период с января по сентябрь 2020 года. Исследуемые пациенты с ОИМ были разделены на 2 группы. Основную группу (ОГ) составили 37 пациентов, имеющие сопутствующее заболевание СД2. В контрольную группу (КГ) вошли 34 пациента, не имеющие СД2 в анамнезе. Мужчин в ОГ было 16 (43,2 %), женщин — 21 (56,8 %), в КГ — 15 (44,1 %) и 19 (55,9 %) соответственно.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statistica» 10.0 (StatSoft, USA) и «Microsoft Excel» 2013. Статистически значимым считался результат при  $p < 0,05$ .

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

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты.

Средний возраст пациентов в ОГ составил  $76 \pm 9,9$  лет, Me(68;80), в КГ —  $72,5 \pm 8,7$  лет, Me (66;78). По возрасту статистически значимых различий в группах не было ( $p = 0,1$ ).

Мужчин в ОГ было 16 (43,2 %), женщин — 21 (56,8 %), в КГ — 15 (44,1 %) и 19 (55,9 %) соответственно. Статистического влияния половой принадлежности на частоту развития ОИМ у лиц с СД2 и без него не обнаружено ( $\chi^2 = 0,007$ ;  $p = 0,93$ ).

Характер болевого синдрома описывали как давящий: в ОГ — 22 (59,5 %) пациента, в КГ — 12 (35,3 %). Колющую боль в ОГ испытывали 13 (35,1 %) человек, в КГ — 6 (17,6 %). Жгучая загрудинная боль чаще описывалась пациентами в КГ — в 16 (47,1 %) случаях, в ОГ — в 2 (5,4 %). Статистически значимо у пациентов с сопутствующим СД2 картина болевого синдрома при ОИМ более стерта, чем у пациентов без сопутствующего СД2 ( $\chi^2 = 10,1$ ;  $p = 0,005$ ).

Пациенты, локализовавшие боль за грудиной: ОГ — 22 (59,5 %) человека, КГ — 7 (20,6 %). Боль в области сердца испытывали 5 (13,5 %) пациентов ОГ и 17 (50,0 %) — КГ. Рассеянную боль в грудной клетке ощущали по 10 пациентов из каждой исследуемой группы (27,0 и 29,4 % соответственно). Статистически значимо пациенты с сопутствующим СД2 чаще локализируют боль за грудиной ( $\chi^2 = 8,0$ ;  $p = 0,045$ ).

Средний индекс массы тела (ИМТ) у пациентов ОГ составил 29,8 Me (28,5;32), КГ — 27,9 Me(24,5;31). ИМТ в пределах нормы находился в ОГ у 2 (5,4 %) человек, в КГ — у 12 (35,3 %). Избыточный вес был выявлен в ОГ у 17 (45,9 %) пациентов, в КГ — у 15 (44,1 %). Ожирение было обнаружено в ОГ у 18 (48,7 %) человек, в КГ — у 7 (20,6 %). Статистически значимо у людей с ОИМ при сопутствующем СД2 чаще ИМТ превышает норму, чем у людей без сопутствующего СД2 ( $\chi^2 = 16,1$ ;  $p = 0,03$ ).

В зависимости от стадии ОИМ распределение пациентов в ОГ и КГ было следующим: пациенты, которые были доставлены в стационар в острейшую стадию развития ИМ: в ОГ — 8 (21,6 %) человек, в КГ — 7 (20,6 %). В острую стадию развития ИМ: в ОГ — 29 (78,4) пациентов, в КГ — 27 (79,4 %). Пациен-

ты с острой и острейшей стадией ИМ одинаково часто поступали в стационар вне зависимости от наличия у них сопутствующего СД2 ( $\chi^2 = 2,0$ ;  $p = 0,6$ ).

Крупноочаговый ОИМ в ОГ встречался у 20 (54,0 %) пациентов, в КГ у — 18 (52,9 %). На долю трансмурального ОИМ в ОГ пришлось 5,4 % (2 человека), в КГ — 2,9 % (1 человек). Мелкоочаговый ОИМ встречался в ОГ у 15 (40,5%) пациентов, в КГ — у 15 (44,1 %). Наличие у пациента сопутствующего СД2 не оказывает статистического влияния на распространённость ОИМ ( $\chi^2 = 0,9$ ;  $p = 0,9$ ).

Распределение локализации ОИМ в исследуемых группах представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение локализации ИМ в исследуемых группах

Локализация ИМ	Исследуемая группа					
	ОГ		КГ		Всего	
	n	%	n	%	n	%
Задне-боковой	5	13,5	1	2,9	6	8,5
Задний	11	29,7	4	11,7	15	21,1
Верхушечно-боковой	5	13,5	6	17,7	11	15,5
Задне-перегородочный	1	2,8	2	5,8	3	4,2
Передний	10	27	15	44,2	25	35,2
Передне-перегородочно-верхушечный	5	13,5	6	17,7	11	15,5

У пациентов ОГ преобладал задний ИМ.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 1 степени в ОГ была выявлена у 13 (35,1 %) пациентов, в КГ — 9 (26,5 %). ХСН 2а степени в ОГ наблюдалась у 23 (62,2 %) человек, в КГ — у 25 (73,5 %). ХСН 3 степени была обнаружена в ОГ у 1 (2,7 %) пациента.

Такие признаки ХСН как головокружение, головная боль, слабость в ОГ были выявлены у 29 (78,4 %) человек, в КГ — у 29 (85,3 %).  $\chi^2 = 0,2$ ;  $p = 0,7$ . Одышка встречалась у пациентов ОГ в 16 (43,2 %) случаях, КГ — в 13 (38,2 %).  $\chi^2 = 0,07$ ;  $p = 0,9$ . Кашель наблюдался в ОГ у 1 (2,7 %) человека, в КГ — у 3 (8,8).  $\chi^2 = 0,4$ ;  $p = 0,5$ .

Сопутствующая артериальная гипертензия встречалась у большинства пациентов обеих групп: ОГ — 30 (81,1 %) пациентов, КГ — 33 (97,1 %).  $\chi^2 = 3,1$ ;  $p = 0,1$ .

Уровень аланинаминотрансферазы в биохимическом анализе крови почти в 2 раза превышал нормальное значение в ОГ — у 17 (46,0 %) человек, чем в КГ — у 9 (26,5 %).  $\chi^2 = 3,01$ ;  $p = 0,1$ .

Значения уровня аспаратаминотрансферазы в биохимическом анализе крови были превышены у пациентов ОГ в 10 (27,0 %) случаях, в КГ — в 8 (23,5 %). Уровни данного фермента при ОИМ у пациентов с СД2 и без него статистически не различались ( $\chi^2 = 0,4$ ;  $p = 0,9$ ).

Уровень тропонина оказался выше нормы в ОГ у 34 (91,9 %) пациентов, в КГ — у 23 (67,7 %)( $\chi^2 = 6,1$ ;  $p = 0,02$ ).

Уровень креатинфосфокиназы в ОГ был превышен у 30 (81,1 %) человек, в контрольной — у 21 (61,8 %). Статистической значимости данного признака не выявлено ( $\chi^2 = 3,2$ ;  $p = 0,1$ ).

Значения миоглобина оказались выше нормы в ОГ у 24 (64,9 %) пациентов, в КГ — у 13 (38,2 %)( $\chi^2 = 4,1$ ;  $p = 0,04$ ).

Глюкоза крови была повышена в ОГ у 33 человек (91,7 %), в КГ — у 6 (17,7 %). Статистически значимо при наличии СД2 у пациентов с ОИМ уровень глюкозы крови чаще превышал норму, чем у пациентов без СД2 ( $\chi^2 = 35,9$ ;  $p = 0,0002$ ).

Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов ОГ составила 10 дней  $Me(10;12)$ , КГ — 7 дней  $Me(7;10)$ . Статистически значимо пациенты после ОИМ с СД2 пребывают в стационаре большее количество дней, чем пациенты без сопутствующего СД2 ( $\chi^2 = 17,1$ ;  $p = 0,04$ ).

### **Выводы**

1. Болевой синдром при ОИМ у пациентов с сопутствующим СД 2 типа менее выражен в сравнении с пациентами без сопутствующего СД 2 типа.
2. Боль у пациентов с СД2 типа чаще локализуется за грудиной.
3. У пациентов с СД2 типа преобладал задний инфаркт.
4. Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов с ОИМ и сопутствующим СД2 типа была больше на 3 дня в сравнении с пациентами без СД2, что обусловлено наличием сопутствующего заболевания.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Благовещенская, О. П.* Клиинко-лабораторные предикторы неблагоприятного прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST при сахарном диабете 2 типа: дис. канд. мед.наук: 14.01.05. / О. П. Благовещенская. — Кемеров., 2013. — 120 с.
2. *Жукова, Л. А.* Особенности течения инфаркта миокарда и характер постинфарктных осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа / Л. А. Жукова, Н. С. Андреева // Электронный научный журнал «Innova». — 2016. — № 1. — С. 19–21.
3. Атипичное течение инфаркта миокарда, осложненного инфарктом головного мозга / З. В. Грекова [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2019. — № 1 (59). — С. 103–107.
4. *Прислопская, А. Ю.* Коморбидная патология сердечно-сосудистой системы у пациентов с сахарным диабетом 2 типа / А. Ю. Прислопская, Е. Г. Малаева, М. А. Грузинова // Актуальные проблемы медицины: сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием. — Гомель: ГомГМУ, 2019. — Т. 5. — С. 154–156.
5. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 88 с.

**УДК 616.12-008.331.1-052:614.253**

## **ОЦЕНКА КОМПАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

***Напреенко И. В., Сатырева А. В.***

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

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

### **Введение**

Артериальная гипертензия является важной медицинской, социальной и экономической проблемой вследствие своей высокой распространенности и высокого риска осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы [1]. Многими авторами одной из ведущих причин неадекватного контроля АГ признается низкая приверженность пациентов к лечению, что провоцирует развитие осложнений, рост показателей смертности и затрат в здравоохранении [2, 3, 4]. Термин «комплаентность» означает степень выполнения пациентом рекомендаций врача по изменению образа жизни, приёма лекарств и своевременных визитов к врачу [1, 5].

### **Цель**

Провести анализ уровня комплаентности пациентов с артериальной гипертензией.

### **Материал и методы исследования**

В исследовании приняли участие 80 пациентов, среди них 45 женщин и 35 мужчин с артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом и кардиологическом отделениях УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Анкетирование проводилось с 03.09.20 по 18.09.20.

Исследование уровня комплаентности проводилось с помощью шкалы комплаентности Мориски — Грин (MMAS-8) и Российского универсального опросника количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25).