

3. Учитывая недостаточную приверженность пациентов к антигипертензивной терапии, необходимо проводить пациентам с артериальной гипертензией углубленное мотивационное консультирование и назначать комбинированные антигипертензивные лекарственные средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Публикация «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 (2017)». [Электронный ресурс]: материалы Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 (2017)» - Минск, Республика Беларусь, 2016 г. - Режим доступа: <http://www.euro.who.it>. — Дата доступа 15.03.2021.

2. Минская декларация «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020». [Электронный ресурс]: материалы Европейской министерской конференции ВОЗ «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020» 3 Минск, Республика Беларусь, 21-22 октября 2015 г. — Режим доступа <http://www.euro.who.int>.— Дата доступа: 20.03.2021.

3. Национальные рекомендации: диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. — РНПЦ «Кардиология», Минск, 2010. — 52 с.

УДК 616.12-008.313

ОСОБЕННОСТИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Кротенок К. С.¹, Шевлюкова А. И.¹, Пастушенко Д. М.¹

Научные руководители: ассистент О. В. Апинон¹, С. С. Суровяткин²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический центр»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением ритма сердца, ее частота в общей популяции составляет 1–2 %. Учитывая тенденцию к увеличению продолжительности жизни и общему «постарению» популяции, актуальность исследования данной патологии только усиливается [1]. По данным Роттердамского эпидемиологического исследования, ФП встречается чаще у мужчин, хотя с увеличением возраста эта разница выравнивается [2]. Проводимые исследования выявили, что распространенность этой патологии составляет приблизительно 0,5 % в возрасте младше 60 лет, старше 60 лет — 5 %, и старше 75 лет более 10 % [3]. Восстановление синусового ритма можно достигнуть с помощью медикаментозной и(или) электрической кардиоверсии. Эффективность фармакологической кардиоверсии в среднем составляет 40–70 %, тогда как эффективность электрической кардиоверсии достигает 90 % [4].

Цель

Определить особенности ФП у лиц в возрасте от 18 до 60 лет, в зависимости от места проживания, пола, а также методов восстановления ритма.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проведен анализ 56 историй болезни пациентов с диагнозом «пароксизмальная форма ФП», госпитализированных в У «ГОККЦ» в период с 2012 по 2019 гг. Анализ проводили с помощью «MicrosoftOfficeExcel 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 56 пациентов (средний возраст $45,89 \pm 9,64$ лет), госпитализированные в У «ГОККЦ», из них 25 % женщин средний возраст $48 \pm 10,8$ лет и 75 % мужчин средний возраст $45,19 \pm 9,26$ лет.

Проанализированы данные места проживания пациентов с диагнозом пароксизмальная форма ФП. Таким образом, получили 78,6 % пациентов, проживающих в городе, из них мужчин 64,3 % и женщин 14,3 %, а в сельской местности 21,4 %, из них мужчин и женщин по 10,7 % соответственно.

Для сравнительного анализа разделили пациентов на 2 подгруппы в зависимости от возраста. В 1 подгруппу вошли пациенты в возрасте от 18 до 44 лет, во 2 — от 45 до 60 лет. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Методы восстановления ритма у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий

Подгруппа	Место проживания	Пол	Медикаментозно-ЭИТ	Медикаментозно
Подгруппа 1 (18–44 года)	Город	Муж.	40 %	40 %
		Жен.	4 %	4 %
	Сельская местность	Муж.	4 %	—
		Жен.	—	8 %
Подгруппа 2 (45–60 лет)	Город	Муж.	29 %	22,6 %
		Жен.	9,7 %	9,7 %
	Сельская местность	Муж.	3,2 %	12,9 %
		Жен.	9,7 %	3,2 %

Отметим, что 1 подгруппу составили 25 (44,7 %) пациентов со средним возрастом $37,08 \pm 7,25$ лет: городское население составило 39,3 %, из них 35,7 % мужчин и 3,6 % женщины; сельские жители — 5,4 %, из них 3,6 % женщины и 1,8 % мужчин. Среди городских респондентов по гендерным особенностям не выявлено различий при сравнении выполненных мероприятий по восстановлению синусового ритма. Одинаково часто для мужчин и женщин возникала необходимость в выполнении медикаментозной и ЭИТ ($p > 0,05$).

Во 2 подгруппу входил 31 (55,3 %) пациент со средним возрастом $53 \pm 3,39$ лет. Определили, что во 2 подгруппе: 39,3 % из города, из них 28,6 % мужчин и 10,7 % женщин; а 16 % проживают в сельской местности, при этом 7,1 % женщины и 8,9 % мужчин. Во 2 подгруппе, видно, что у мужчин, проживающих в городе, недостаточно для восстановления синусового ритма одной медикаментозной антиаритмической терапии и в 29 % случаев возникала необходимость в выполнении электроимпульсной терапии (ЭИТ); а у женщин одинаково часто использовали фармакологическую и ЭИТ по 9,7 % соответственно. Однако в сельской местности прослеживается иная зависимость. У мужчин ритм чаще восстанавливался с помощью фармакологической терапии (12,9 %), а у женщин после выполнения ЭИТ (9,7 %).

В результате сравнительного анализа 2 подгрупп можно заметить, что пароксизмальная форма фибрилляции предсердий чаще встречается в возрасте 45–60 лет (55,4 %) по сравнению с молодыми пациентами, при этом статистически значимой разницы не выявлено ($p > 0,05$). Проанализировав данные, отметили, что в более молодом возрасте у мужчин (37,5 %) ФП выявляется чаще, чем у женщин (7,1 %) ($p < 0,05$). Во 2 подгруппе прослеживается подобная закономерность: у мужчин ФП наблюдается в 67,7 % случаях, у женщин в 32,3 % ($p < 0,05$). Вне зависимости от возрастных подгрупп чаще ФП наблюдалась у 78,6 % лиц проживающих в городе ($p < 0,05$), в частности у 64,3 % мужчин ($p < 0,05$).

Выводы

Определили, что в более молодом возрасте у мужчин ФП встречается чаще, чем у женщин ($p < 0,05$). Отметили, что в возрасте 45–60 лет у мужчин ФП также наблюдается чаще, чем у женщин ($p < 0,05$). Установили, что вне зависимости от возрастных подгрупп, чаще ФП наблюдалась у лиц, проживающих в городе ($p < 0,05$), в частности у мужчин ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л. А. Клинические рекомендации по проведению электрофизиологических исследований катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств / Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревинский, С. П. Голицын // ВНОА. — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: Макс Пресс, 2013. — С. 596.
2. J. Heeringa [et al.] // European Heart Journal. 2006. — Vol. 27. — P. 949–953.
3. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation / A. J. Camm [et al.] // EurHeart J. 2012. — 33:2719. — С. 47.
4. Татарский, Б. А. Электрическая наружная кардиоверсия при лечении пароксизмальной фибрилляции предсердий / Б. А. Татарский, Н. В. Нефедова // Вестник аритмологии. — 2000. — № 19. — С. 95–99.

УДК 616.24-002+616.12-005.4]-08

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА АССОЦИАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Крылова А. А., Мосина Д. О.

Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Укла

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

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — первично хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы лёгких, формированием эмфиземы, нарушением бронхиальной проходимости с развитием частично или полностью необратимой бронхиальной обструкции, вызванной воспалительной реакцией [1].

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) отмечается тенденция к увеличению заболеваемости ХОБЛ на 25 % у мужчин и на 69 % у женщин.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — по определению ВОЗ, — болезнь кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердечную мышцу. По оценкам ВОЗ ежегодно в мире смертность от сердечно сосудистых заболеваний составляет более 17 млн человек, из них 7 млн — от ИБС [2].

В современной литературе сочетание ХОБЛ и ИБС рассматривается как с позиции простого сочетания болезней вследствие влияния общих факторов риска (курения, урбанизации, низкой физической активности, старения популяции, генетической предрасположенности), так и с точки зрения формирования ИБС при ХОБЛ как результата системного воспаления. Ассоциация социально значима из-за негативного влияния этих состояний друг на друга и приводит к увеличению частоты госпитализации, хронического, часто инвалидизирующего, течения заболевания, повышению смертности и риска развития тяжелых осложнений. Для врачей весьма важно выявить оба сопутствующих заболевания на ранней стадии для оптимизации комбинированного лечения дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности во избежание утяжеления клинической картины и снижения смертности.

У пациентов сочетанной патологий ХОБЛ и ИБС снижение объема форсированного выдоха за 1 с на 10 % увеличивает вероятность смертельного исхода на 14 %.

Цель

Оценить структуру ХОБЛ по показателям: пол, возраст, структура ХОБЛ, наличие факторов риска. Определить частоту встречаемости ХОБЛ ассоциированного с ИБС.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 73 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 41 до 87 лет, проживающих на территории филиала № 5 ЦЦП и стоящих на диспансерном