

## ASSESSMENT OF THE RISK OF ADVERSE CLINICAL OUTCOME IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, ATRIAL FIBRILLATION AND HYPERURICEMIA

*Barysenka T. L., Snezhitskiy V. A., Kopytsky A. V.  
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus  
t.kepourko@gmail.com*

Asymptomatic hyperuricemia (HU) is widespread in the population and significantly contributes to the general cardiovascular risk. There are reports of asymptomatic HU in patients with various cardiovascular diseases, particularly arterial hypertension (HTN) and atrial fibrillation (AF). Ongoing genome-wide association studies have demonstrated the significance of genetic predisposition to impaired purine metabolism. Recent studies in this field have demonstrated the relationship of the SLC2A9 gene polymorphism, encoding the GLUT9 protein – a highly specific urate transporter in proximal renal tubule cells, with the incidence of adverse cardiovascular outcomes.

## ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ СИМПТОМОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Бубешко Д. А. Матюкевич М. Ч.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь  
bubeshkodarya@gmail.com*

**Введение.** В развитых странах распространенность сердечной недостаточности (СН) составляет около 1-2%, а фибрилляции предсердий (ФП) около 2-3%. Оба состояния значительно отягощают течение друг друга и взаимно увеличивают риск наступления неблагоприятного исхода. Остается нерешенным вопрос относительно выбора стратегии ведения ФП в сочетании с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) [1].

**Цель** – оценить частоту госпитализаций, связанных с прогрессированием симптомов СН у пациентов с персистирующей и постоянной формами ФП в сочетании с систолической дисфункцией ЛЖ.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 152 пациента с ФП на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с систолической дисфункцией ЛЖ. *Критерии включения в исследование:* персистирующая или постоянная форма ФП, возраст от 35 до 70 лет, документально зафиксированная манифестация СН с ФВ ЛЖ <50% в течение не менее 3 месяцев до момента включения в исследование. *Критерии невключения в исследование:* пароксизмальная форма ФП, ФП на фоне органических клапанных пороков сердца, острый инфаркт миокарда (ИМ),

прогрессирующая стенокардия напряжения, острый миокардит, оперированные клапанные пороки любой локализации, полная внутрижелудочковая блокада, выраженная почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации (СКФ)  $<30$  мл/мин/м<sup>2</sup>), изменения уровня гормонов щитовидной железы и электролитные нарушения. На момент включения в исследование всем пациентам были выполнены стандартные общеклинические лабораторные исследования, трансторакальная эхокардиография (оценка ФВ ЛЖ проводилась по методу Симпсона в В-режиме). Фенотип СН определен на основании показателя ФВ ЛЖ согласно новейшей классификации [12]: ФВ ЛЖ  $<40\%$  – сердечная недостаточность со сниженной ФВ ЛЖ (СН<sub>снФВ</sub> ЛЖ); ФВ ЛЖ от 41 до 49% – сердечная недостаточность с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (СН<sub>уснФВ</sub> ЛЖ).

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета программ STATISTICA 10 (StatSoft Inc.). Сравнение уровней показателей между двумя группами проводилось при помощи непараметрического критерия U-критерия Манна-Уитни. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия  $\chi^2$ -квадрат Пирсона. Пороговое значение уровня статистической значимости принято равным 0,05.

**Результаты.** В зависимости от формы ФП все пациенты исходно были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 60 пациентов с персистирующей формой ФП и СН с ФВ ЛЖ  $<50\%$  (средний возраст 57 [54; 61] лет, 85% мужчин), в группу 2 вошли 92 пациента с постоянной формой ФП и СН с ФВ ЛЖ  $<50\%$  (средний возраст 56 [52; 65,5] лет, 85,7% мужчин).

Период наблюдения составил 12,4 [от 11 до 14,5] месяца. К концу периода наблюдения среди пациентов группы 1 у 26 (43,3%) пациентов сохранялся синусовый ритм, у 34 (56,7%) случился рецидив ФП. Медиана удержания синусового ритма в группе с рецидивом ФП составила 2,4 [1,3; 5,3] месяца. Среди пациентов, сохранивших синусовый ритм за период наблюдения, госпитализация по причине прогрессирования симптомов СН потребовалась 2 (7,7%) пациентам, что было значимо ниже по сравнению с пациентами из группы рецидива ФП, где в госпитализации нуждались 17 (50%) пациентов (подгруппа 1),  $p=0,0001$ .

За время наблюдения госпитализация по причине прогрессирования СН в группе пациентов с постоянной ФП и СН с ФВ ЛЖ  $<50\%$  потребовалась 25 (27,2%) пациентам (подгруппа 2), что оказалось значимо ниже, чем у пациентов из группы с рецидивом ФП после успешно выполненной ЭКВ,  $p<0,05$ .

За период наблюдения обе подгруппы принимали основные классы оптимальной медикаментозной терапии, показанной при лечении СН, и находились на сопоставимой терапии по группам и дозам принимаемых препаратов.

На момент включения в исследование пациенты обеих подгрупп были сопоставимы по полу, возрасту, основным факторам риска и структуре сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (таблица).

Таблица – Общая характеристика пациентов

	Подгруппа 1 Постоянная ФП+ госпитализированные по причине прогресси- рования СН (n=25)	Подгруппа 2 Персистирующая ФП + рецидив ФП +госпитализи- рованные по причине прогрессирования СН (n=17)	P
Возраст, лет	56 [50; 65]	57 [53; 64]	нд
Мужской пол, n (%)	21 (84)	14 (82,4)	нд
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	31 [26,4; 35]	32 [29; 36]	нд
СКФ, мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	59 [49; 73]	59 [51; 69]	нд
Дислипидемия, n (%)	15 (60)	12 (70,6)	нд
Продолжительность ФП, месяцев	17 [12; 62]	5 [2; 6]	0,01
1 и более эпизодов госпитализации из-за прогрессирования СН в анамнезе, n (%)	14 (56)	5 (29,4)	0,01
Сравнительная характеристика пациентов по структуре ССЗ			
ИБС, n (%)	24 (96)	17 (100)	нд
Стенокардия напряжения, n (%) всего	11 (44)	10 (58,8)	нд
ФК 1	2 (8)	3 (30)	нд
ФК 2	5 (20)	5 (50)	нд
ФК 3	4 (16)	2 (20)	нд
ИМ в анамнезе, n (%)	4 (16)	5 (29,4)	нд
СН (НУНА), n (%)			
ФК I	1 (4)	2 (11,8)	нд
ФК II	15 (60)	10 (58,8)	нд
ФК III	9 (36)	5 (29,4)	нд
СН <sub>снФВ</sub> ЛЖ / СН <sub>снФВ</sub> ЛЖ, n (%)	10 (40)/ 15 (60)	7 (41,1) 10 (58,9)	0,02
АГ, n (%) всего	23 (92)	17 (100)	нд
1 степени	3 (12)	2 (11,7)	нд
2 степени	19 (76)	14 (82,4)	нд
3 степени	1 (4)	1 (5,9)	нд

**Выводы.** Пациенты с персистирующей ФП и СН с ФВ ЛЖ <50%, удержавшие синусовый ритм после ЭКВ, имеют значительно лучший прогноз в отношении прогрессирования симптомов СН по сравнению как с пациентами с рецидивом ФП после ЭКВ, так и с пациентами с постоянной ФП и тактикой контроля ЧСС. Однако в случае рецидива ФП после ЭКВ частота госпитализации по причине прогрессирования симптома СН повышается по сравнению с пациентами с постоянной формой ФП и СН с ФВ ЛЖ <50%. Полученные данные подтверждают теорию о том, что, несмотря на обратимость дисфункции ЛЖ, после восстановления синусового ритма сохраняется негативное электрическое и клеточное ремоделирование и данные пациенты составляют потенциальную группу риска быстрого возврата симптомов и признаков СН после рецидива аритмии [2].

**Литература:**

1. Temporal variation in the diagnosis of resolved atrial fibrillation and the influence of performance targets on clinical coding: cohort study / N. Adderley [et al.] // BMJ. – 2019. – Vol. 9(11):e030454. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030454.
2. Atrial Fibrillation and Natriuretic Peptide in Predicting Heart Failure Hospitalization or Cardiovascular Death / P.F. Brady [et al.] // J. Am. Heart Assoc. – 2022. – Vol. 11. – doi: 10.1161/JAHA.121.022833.

### **ASSESSMENT OF HOSPITALIZATION RATE ASSOCIATED WITH THE PROGRESSION OF HEART FAILURE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PERSISTENT AND PERMANENT ATRIAL FIBRILLATION AND LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC DYSFUNCTION**

*Bubeshka D. A., Matsiukevich M. Ch.  
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus  
bubeshkodarya@gmail.com*

The aim of the study is to evaluate the frequency of hospitalizations associated with the progression of heart failure (HF) symptoms in patients with persistent and permanent atrial fibrillation (AF) in combination with left ventricular (LV) systolic dysfunction. During the follow-up period hospitalization due to progression of HF in the group of permanent AF and HF with LV EF <50% required 25 (27.2%) patients which was significantly lower than in patients from the group with persistent AF and recurrence of arrhythmia after successful electrical cardioversion (17 (50%) patients,  $p < 0.05$ ).

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Бушунова А. В., Бондаренко Н. А., Глуткин А. В.  
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь  
annabushunova@gmail.com*

**Введение.** Практика лечения обожженных детей свидетельствует о том, что лишь 13-15% пострадавших нуждаются в хирургическом лечении для восстановления утраченного кожного покрова. В остальных случаях добиться успеха удается благодаря сочетанию медикаментозного лечения с местным лечением ожоговых ран. К сожалению, следует констатировать тот факт, что несмотря на появление в последние годы множества современных перевязочных средств, в местном лечении ожоговых ран преобладают традиционные методики [1]. Причины, прежде всего, экономические. Обширные ожоговые раны требуют большого количества перевязочных средств, таким образом, относительная дороговизна современных повязок существенно ограничивает их применение в практике комбустиолога. Однако в лечении небольших по площади ожогов у детей инновационные технологии прививаются быстрее и преимущества их неоспоримы.