

ВОЗ (2012). При использовании протокола ВОЗ из-за применения двух зеркал необходим ассистент. Созданные фотопротоколы обоих методов информативны и наглядно отображают основные этапы диагностики. Метод кафедры доступен на стоматологическом приеме любого уровня, в том числе и студенческом. Протокол последовательно отражает оценку СОР во всех анатомо-топографических областях вестибулярно и орально, позволяет работать без ассистента, сокращает время исследования.

Литература

1. Аксамит, Л. А. Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение / Л. А. Аксамит, А. А. Цветкова // Москва МЕДпресс-информ, 2020, 288 с.
2. Александрова, Л. Л. Основы диагностики в терапевтической стоматологии : учебно-методическое пособие / Л. Л. Александрова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2018. – 59 с.
3. OCSE Checklist: Oral Cavity Examination, pp. 10, 2022.
4. WHO, Oral health surveys: basic methods – 5th ed, pp. 125, 2013.

COMPARISON OF TECHNIQUES FOR VISUAL INTRAORAL DIAGNOSTICS OF THE ORAL MUCOSA

Bereschenko A. V.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Balex03@mail.ru

The article analyzes the scientific literature; English-language sources are translated into Russian. The methods of intraoral visual diagnostics of the oral mucosa were compared. Visual photo protocols of methods in Russian have been created.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Богданович Е. Р.¹, Котова Е. В.², Дешко М. С.¹

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

²*Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь*

mikhail.dzeshka@grsmu.by

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН), в том числе ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ) представляют распространенный клинический паттерн в

кардиологической практике. Более того, с учетом значимого роста частоты указанных состояний с увеличением возраста пациента, как правило, повышается вероятность других кардиальных и экстракардиальных коморбидных заболеваний, включая бронхолегочную патологию [1, 2].

Точные данные о распространенности заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом (БОС), таких как бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), у пациентов с ФП отсутствуют. Распространенность может различаться в зависимости от ряда факторов, таких как географическое положение, возраст, пол и другие факторы риска. Например, группа AF-SOMET провела систематический обзор и мета-анализ данных 46 исследований и получила среднюю распространенность ХОБЛ у пациентов с ФП 13% (однако в отдельных исследованиях частота ХОБЛ составляла от 1% до 35%), при этом наличие ХОБЛ было ассоциировано со значимо более высоким риском общей и сердечно-сосудистой смертности, инсульта и больших кровотечений [3]. В проспективном популяционном исследовании HUNT (Норвегия) была продемонстрирована связь впервые выявленной ФП и БА. Так, у пациентов с активной БА и неконтролируемой БА скорректированный по другим факторам риска аритмии риск ФП был в 1,7 раза выше, чем у пациентов без БА и контролируемой БА [4].

Несмотря на то, что БА и ХОБЛ, с одной стороны, ФП и ХСН – с другой, представляют отдельные медицинские состояния с разными механизмами развития и факторами риска, их сочетание представляет значимую проблему в клинике внутренних болезней, т. к. они имеют общие патогенетические механизмы (например, системное воспаление, окислительный стресс, хроническая гипоксия), усугубляют прогноз пациентов, а также ограничивают возможности терапии [5]. Бета-агонисты и М-холиноблокаторы для контроля проявлений БОС повышают тонус симпатической нервной системы и обладают проаритмогенным действием, а назначение бета-адреноблокаторов (ББ) при ФП и ХСН может приводить к усугублению БОС [5].

Цель исследования: сравнить клиничко-anamnestические характеристики и результаты лабораторно-инструментального обследования у пациентов с ФП и ХСН с сохраненной ФВ в сочетании с БОС относительно таковых без сочетанной бронхолегочной патологии.

Материалы и методы. В рамках выполненного исследования проспективно включены пациенты с клапанной ФП в сочетании с ХСН с сохраненной ФВ. Анамнестически, по данным медицинской документации и в рамках скринингового обследования, оценивали наличие БОС в виде БА в сочетании с ХОБЛ или без таковой. Группа сравнения представлена пациентами с ФП и ХСН при отсутствии заболеваний, характеризующихся БОС. Пациенты с клапанной ФП, снижением ФВ левого желудочка (ЛЖ) менее 50%, недавними тромбозами или гемorragическими осложнениями, неконтролируемым течением БА, обострением ХОБЛ, выраженными нарушениями функции почек и печени, злокачественными новообразованиями,

системными воспалительными заболеваниями и другими значимыми заболеваниями внутренних органов были исключены из исследования.

Пациенты получали терапию согласно рекомендациям по диагностике и лечению ФП, включая пероральную антикоагулянтную, антиаритмическую, при необходимости – антигипертензивную, антиангинальную, диуретическую терапию, а пациенты с БА и/или ХОБЛ – дополнительно базисную терапию БОС.

Данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей либо абсолютной и относительной частот в зависимости от типа данных. Сравнение групп выполняли посредством критерия Манна-Уитни и χ^2 Пирсона. Протокол исследования одобрен комиссией по биомедицинской этике ГрГМУ.

Результаты исследования. Обследованы 112 пациентов с неклапанной ФП в возрасте 71 (64-76) года, 70 (62,5%) – мужчины. Пароксизмальная форма ФП имела место у 52 (46,4%) пациентов, персистирующая – 21 (18,8%), постоянная – у 39 (34,8%) пациентов. На момент включения в исследование наличие БОС в виде анамнеза БА и/или ХОБЛ констатировано у 16 (14,3%) пациентов.

Сравнительный анализ двух групп показал отсутствие различий по полу и возрасту пациентов, форме аритмии длительности анамнеза ФП, величине риска инсульта по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$, риска кровотечения HAS-BLED и симптомности аритмии EHRA, назначению антиаритмических лекарственных средств, пероральной антикоагулянтной, гиполипидемической и диуретической терапии, распространенности ИБС, функциональному классу ХСН по классификации NYHA. Вместе с тем, пациенты с ФП и ХСН с сохраненной ФВ в сочетании с БА и/или ХОБЛ чаще отмечали наличие периферических отеков, быструю утомляемость при физических нагрузках, одышку в ночное время и были физически менее активны.

Несмотря на отсутствие различий по ФВ и значимо более низкую частоту артериальной гипертензии в группе пациентов с ФП и ХСН в сочетании с БОС они характеризовались более выраженной дилатацией ЛЖ и ЛП и гипертрофией миокарда ЛЖ и, у пациентов с синусовым ритмом, – диастолической дисфункцией по типу I (нарушение релаксации). Такие пациенты реже получали ББ и ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы.

Лабораторные показатели белкового, углеводного обмена, электролитного состава, липидов крови, почечные и печеночные органые профили не различались между группами, тогда как у пациентов с ФП, ХСН и БОС имели место значимо более высокий уровень гемоглобина и эритроцитарных индексов.

Выводы. Пациенты с ФП и ХСН с сохраненной ФВ в сочетании с БОС относительно таковых без сочетанной бронхолегочной патологии имеют некоторые существенные различия по клинико-анамнестическим

характеристикам и результатам лабораторно-инструментального обследования, которые необходимо учитывать в клинической практике.

Литература

1. Фиброз миокарда левого желудочка у пациентов с фибрилляцией предсердий в сочетании с бронхиальной астмой / М. С. Дешко [и др.] // IV Международный конгресс, посв. А. Ф. Самойлову «Фундаментальная и клиническая электрофизиология. Актуальные вопросы аритмологии», 7-8 апреля 2022 г., Казань, Россия / Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27, № 5S, доп. выпуск (апрель). – С. 36.

2. Ремоделирование миокарда левого желудочка у пациентов с бронхиальной астмой и фибрилляцией предсердий / М. С. Дешко [и др.] // V Инновационный Петербургский медицинский форум, 18-21 мая 2022 г., С.-Петербург, Россия, / Трансляционная медицина. – 2022. – Прил. 1. - С. 89.

3. Prevalence, management and impact of chronic obstructive pulmonary disease in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of 4,200,000 patients / G.F. Romiti [et al.] // Eur. Heart J. – 2021. – Vol. 42, № 35. –P. 3541-3554.

4. Associations of asthma and asthma control with atrial fibrillation risk: results from the Nord-Trondelag Health Study (HUNT) / A. Cepelis [et al.] // JAMA Cardiol. – 2018. – Vol. 3, № 8. – P. 721-728.

5. Chronic obstructive pulmonary disease and atrial fibrillation: an interdisciplinary perspective / S.O. Simons [et al.] // Eur. Heart J. – 2021. – Vol. 42, № 5. – P. 532-540.

CLINICAL-ANAMNESTIC AND LABORATORY-INSTRUMENTAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION COMBINED WITH BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME AND HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION

Bogdanovich E. R.¹, Kotova E. V.², Dzeshka M. S.¹

¹*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*

²*Grodno University Hospital, Grodno, Belarus*

mikhail.dzeshka@grsmu.by

In the current paper we report results of comparative analysis of clinical and anamnestic characteristics as well as echocardiographic and laboratory parameters in patients with atrial fibrillation and heart failure with preserved ejection fraction co-presented with bronchoobstructive syndrome and those without bronchial obstruction.