

Таким образом у пациентов с ФК 3 показатель одышки выше, чем у пациентов с ФК 2, что свидетельствует о том, что даже при небольшой физической активности у данных пациентов наблюдается значительное ухудшение состояния.

### **Выводы**

Таким образом, можно полагать, что ТШХ является достоверным методом для оценки функционального статуса пациентов с ХСН. Он отлично переносится пациентами. Может применяться как для оценки функциональных показателей кардиореспираторной системы, так и для оценки эффективности медикаментозной терапии и повышать физические кондиции пациентов. Данный тест может быть использован для определения физических возможностей пациентов кардиологического профиля с сопутствующей ХОБЛ и помощь в планировании соответствующего клинического лечения [4].

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Бабкин, А. П. Новые диагностические возможности теста 6-минутной ходьбы у больных ХОБЛ / А. П. Бабкин // Евразийский союз ученых. Серия: медицинские, биологические и химические науки. – 2021. – № 9. – С. 8–11.
2. Методологические подходы к оценке результатов теста с шестиминутной ходьбой у больных ишемической болезнью сердца / Т. В. Михайловская [и др.] // Вестник восстановительной медицины. – 2021. – Т. 20. – № 3. – С. 37–44.
3. Диагностические, прогностические и терапевтические возможности использования теста 6-минутной ходьбы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / А. В. Будневский [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19. – № 6. – С. 109–116.
4. Клинические рекомендации евразийской ассоциации кардиологов (еак)/национального общества по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда (ноисн) по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (2020) / С. Н. Терещенко [и др.] // Евразийский кардиологический журнал. – 2020. – № 3. – С. 6–76.

**УДК 616.155.194-055.2**

**Д. В. Михайлова, А. А. Волкович**

*Научный руководитель: ассистент кафедры О. Е. Тимошенко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

### **Введение**

Дефицит железа – наиболее распространенная форма среди дефицитов микроэлементов в мире. Недостатком железа страдает более 3 млрд людей на нашей планете. Этот дефицит является наиболее часто встречаемым среди самых распространенных заболеваний человека. Это единственная форма недостатка микроэлементов, которая присутствует как в развивающихся, так и в развитых странах. Клинически выраженной формой дефицита железа в организме является железodefицитная анемия (ЖДА).

ЖДА – клинико-гематологический симптомокомплекс, возникновение которого связано с дефицитом железа в крови и костном мозге в связи с нарушением его поступления, всасывания или повышенных потерь, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией [1]. Клиническая картина ЖДА складывается из общих симптомов анемии (люди с пониженным гемоглобином могут чувствовать вялость, слабость, быструю утомляемость, головокружение, характерны также бледность и сухость кожи и др.), обусловленных гемической гипоксией, и признаков тканевого дефицита железа – сидеропенический синдром (у людей с дефицитом железа отмечается сухость кожных покровов, иногда чувство стягивания кожи, шелушение, трещины кожи на руках и ногах, появляются участки мацерации на травмированных частях кожи) [4].

По данным ВОЗ, ЖДА выявляется более чем у 2 млрд. человек, большая часть из них – женщины и дети. В развитых странах Европы около 12 % женщин фертильного возраста страдают ЖДА, а скрытый дефицит железа наблюдается почти у половины данной категории женщин [2]. Женщины репродуктивного возраста имеют латентный дефицит железа до наступления беременности по причине нерационального питания и регулярных менструаций. Поэтому, для профилактики развития анемии во время беременности, необходима ее своевременная диагностика и лечение до наступления беременности [3].

### **Цель**

Выявить частоту встречаемости среди женщин фертильного возраста (от 15 до 49 лет) за 2022 год.

### **Материал и методы исследования**

Было изучены 172 электронные амбулаторные карты за 2022 год. Изучены женщины в возрасте от 18 до 49. Диагноз был выставлен при исследовании общего анализа крови и подтвержден биохимическим анализом крови. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ Microsoft Excel и Statistica10.

### **Результаты исследования**

За данный период было выявлено 22 случая железодефицитной анемии.

Таблица 1 – Частота встречаемости ЖДА у женщин фертильного возраста

Абсолютное значение	Относительное значение
22	12,79%

Клиническими проявлениями железодефицитной анемии является анемический синдром и сидеропенический синдром. Среди всех пациентов, страдающих ЖДА, клиническая картина ЖДА наблюдалась у 13 пациентов. Среди которых, клиника анемического синдрома была выявлена у 8 пациентов (64,54 %), сидеропенического синдрома у 3 пациентов (23,08 %). Сочетание синдромов у 2 пациентов (15,38 %). Результаты исследования представлены на рисунке 1.

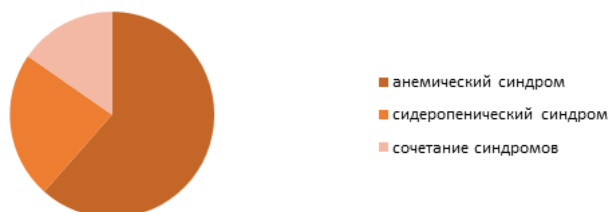


Рисунок 1 – Клинические проявления ЖДА

### **Выводы**

По данным электронных амбулаторных карт за 2022 год, среди 172 женщин фертильного возраста, было выявлено 22 случая железодефицитной анемии. Анемический синдром был выявлен в 8 случаях, сидеропенический в 3 случаях, сочетание синдромов в 2 случаях.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ходжиева Г. С., Жарылкасынова Г. Ж. Фармакоэкономика и комплаенс пациентов как важнейшие составляющие успешной терапии железодефицитной анемии // *Ўзбекистон республикаси соғлиқнасақлаш вазирлиги тошкент тиббиёт академияси.* – 2020. – С. 48.
2. Клинические проявления железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста / Г. С. Джалилбаева [и др.] // *Научное обозрение. Педагогические науки.* – 2019. – № 5–3. – С. 51–54.
3. Демина Н. Р., Аскерова М. Г. Диагностика и лечение железодефицитной анемии на этапе прегравидарной подготовки-профилактика осложнений беременности и родов // *Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы VII Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов,*

Екатеринбург, 17–18 мая 2022 г. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2022.

4. Цветкова, О. А. Медико-социальные аспекты железодефицитной анемии / О. А. Цветкова // РМЖ. – 2009. – Т. 17, № 5. – С. 387–390.

**УДК 612.119:612.017.1]-074/-076**

**А. А. Михаленко**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

### ***Введение***

Миелодиспластический синдром (МДС) – гетерогенная группа клональных заболеваний системы крови, объединенных такими общими признаками, как цитопения в периферической крови (ПК), неэффективный гемопоэз в костном мозге (КМ) и высокая частота трансформации в острый миелобластный лейкоз. МДС может возникать как *de novo* (первичный) и после применения химио- и/или лучевой терапии по поводу другого, чаще всего онкологического заболевания (вторичный).

В общей популяции МДС встречается у 5 человек на 100 000 человек, после 70 лет заболеваемость существенно увеличивается. У мужчин заболеваемость встречается в 1,7 раза чаще, чем у женщин [3].

Существуют следующие варианты МДС: рефрактерная анемия (RA), рефрактерная анемия с кольцевыми сидеробластами (RARS), рефрактерная анемия с избытком бластов (RAEB), рефрактерная анемия с избытком бластов и трансформацией в острый лейкоз (RAEBt) и хронический миеломоноцитарный лейкоз (CMML).

Прогноз заболевания в целом неблагоприятный. Средняя продолжительность жизни больных RA и RARS составляет около 3–4 лет. При адекватной трансфузионной терапии пациенты достаточно долгое время сохраняют хорошее качество жизни и остаются трудоспособны. Прогноз у больных CMML несколько хуже, в среднем составляет около 20 месяцев, у больных RAEB и RAEBt – 7–17 месяцев. Продолжительность жизни при трансформации МДС в острый лейкоз ограничивается 4–6 месяцами. МДС, как правило, протекает вяло, и показатели крови остаются относительно стабильными в течение нескольких месяцев. Знание ранних лабораторных изменений позволят врачу заподозрить МДС и провести ряд исследований для подтверждения этого диагноза.

### ***Цель***

Определить ведущие клинико-лабораторные характеристики первичного миелодиспластического синдрома с учетом морфологических, цитологических и цитогенетических исследований.

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

Были проанализированы амбулаторные и стационарные карты 38 пациентов в возрасте от 27 до 92 лет с МДС, находящихся на лечении в гематологическом отделении для взрослых ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» с 2018 года по 2022 год. Диагноз МДС верифицировался на основании: показателей периферической крови, морфологи-