

В связи с различной степенью тяжести заболеваний, индивидуальными особенностями организмов и симптоматикой количество дней до выздоровления у пациентов также различно. Наибольшее количество больных (33,9 %, 38 чел.) выздоровели через 8–10 дней. Выздоровление через 6–7 дней выявлено у 29,5 % заболевших (33 чел.), через 3–5 дней – у 9,8 % (11 чел.). У 26,8 % пациентов выздоровление наступило в сроки более 10 дней. Средняя длительность лечения больных с респираторными вирусными инфекциями составила 7 дней.

Что касается установления диагнозов (таблица 1), то наибольшее число принадлежит фаринготрахеиту (25,9 %), острой респираторной инфекции (19,6 %), коронавирусной инфекции (16,1 %). Наименьшее количество заболевших имели диагнозы тонзиллофарингит (1,8 %), ринит (2,7 %).

Ведущим путем поступления инфекции в бронхолегочную систему является микроаспирация. Пусковым механизмом, приводящим к развитию осложнений, являются респираторная вирусная инфекция и ответственные бактерии. В результате возникают вирусно-бактериальные ассоциации, при которых бактериальные осложнения способствуют сохранению активности вирусной инфекции, увеличивается продолжительность вирусемии, способствующие генерализации вирусной инфекции. Следует отметить, что из 18 человек с подтвержденной ПЦР-тестами коронавирусной инфекцией 8 пациентов (44,4 %) переболели пневмонией. В связи с этим требуется назначение антибактериальной и противовирусной терапии.

#### **Выводы**

1. Катаральный и интоксикационный синдромы клинико-эпидемиологической картины ОРВИ наблюдались у большинства пациентов.

2. Наиболее частыми симптомами ОРВИ являются субфебрильная лихорадка, боль в горле, непродуктивный кашель.

3. Для уменьшения вероятности осложнений при заболеваниях ОРВИ следует проводить антибактериальную и противовирусную терапию.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Алгоритмы оказания медицинской помощи больным ОРВИ / В. В. Никифоров [и др.] // Медицинский алфавит. – 2019. – № 27. – С. 6–13.
2. Смирнов, В. С. Биология возбудителей и контроль гриппа и ОРВИ: монография / В. С. Смирнов, В. В. Зарубаев, С. П. Петленко // Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Роспотребнадзора, 2020. – 336 с.
3. Жигарловский, Б. А. Временная нетрудоспособность при гриппе и ОРВИ в Российской Федерации и Москве / Б. А. Жигарловский // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2019. – № 10 (337). – С. 4–12.

**УДК 616-052-06:615.22**

**Е. В. Лашкевич, М. Н. Лосева**

*Научные руководители: к.м.н., доцент О. Н. Кононова;*

*к.м.н., доцент А. В. Кортаев*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМ СТАТУСОМ К СТАТИНОТЕРАПИИ**

#### **Введение**

Термин «приверженность терапии» обычно определяется как характеристика поведения пациента, связанного с лечением (например, прием препарата, соблюдение диеты,

изменение образа жизни, посещение клиники), и ее соответствие рекомендациям врача. Степень приверженности варьирует от пациента, который строго выполняет все рекомендации врача, до пациента, который никогда им не следует [1]. Проблема приверженности пациентов к статинотерапии возникает, прежде всего, когда имеется необходимость в длительном, часто на протяжении всей жизни приеме лекарств, а тем более их нефиксированных комбинаций [2].

В настоящее время статины приобрели главную значимость в лечении сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, пациентам с сахарным диабетом, хронической болезнью почек, а также пациентам с дислипидемией или семейной гиперхолестеринемией [3].

### ***Цель***

Анализ приверженности пациентов с коморбидным статусом к статинотерапии.

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

Исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». В исследовании приняло участие 38 пациентов с коморбидной патологией в возрасте от 44 до 79 лет. Был определен их коморбидный статус по индексу риска смертности Charlson (ИКЧ), который представляет собой балльную систему оценки возраста и наличия определенных сопутствующих заболеваний. Расчет идет по суммированию баллов, соответствующих сопутствующему заболеванию, а также добавляется 1 балл на каждую декаду жизни при превышении пациентом 40-летнего возраста (т. е. 50 лет – 1 балл, 60 лет – 2 балла и т.д.). Риск смертности в течение одного года при ИКЧ «0» составляет 12 %, при ИКЧ «1–2» – 26 %, при ИКЧ «3–4» – 52 %, а при ИКЧ «5 и выше» – 85 % [4].

Для оценки приверженности к статинам использовался опросник Мориски – Грина, включающий в себя вопросы: 1) Вы когда-нибудь забывали принять препараты?; 2) Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема ЛС?; 3) Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?; 4) Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий прием? [5]

Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Все пациенты дали информированное согласие на участие в опросе.

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

По результатам исследования минимальное значение индекса Чарлсона составило 3 балла, а максимальное – 9. При анализе коморбидного состояния у 38 пациентов было выявлено, что риск смертности в течение одного года у 12 человек (32 %) составил 52 % (3–4 балла), а у 26 человек (68,4 %) – 85 % (5–9 баллов).

У обследованной группы было выявлено 7 различных коморбидных патологий, а именно: ишемическая болезнь сердца (ИБС), постоянная форма фибрилляции предсердий (ПФП), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП) и неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), ожирение.

В результате анализа коморбидного состояния у 38 пациентов были установлены 4 основные группы сочетанной патологии: 1 группа включала в себя: ИБС+АГ+ПФП – 7 человек (18,4 %); 2 группа: ИБС+СД+АГ+ожирение – 13 человек (34,3 %); 3 группа: ИБС+СД+НАЖБП+ожирение – 8 человек (21 %); 4 группа: АГ+ХБП+НАЖБП+ожирение – 10 человек (26,3 %). Данные приведены в таблице 1.

Таким образом, среди респондентов, при помощи опросника Мориски-Грина, были выделены три группы: приверженные к терапии статинами – 10 человек (26,3 %), недостаточно приверженные к статинотерапии – 3 человека (7,9 %), не приверженные к лечению – 25 человек (65,8 %).

Таблица 1 – Результаты расчетов в обследованной группе пациентов

Коморбидные заболевания	Количество больных	%
ИБС + АГ + ПФП	7	18,4
ИБС + СД + АГ + ожирение	13	34,3
ИБС + СД + НАЖБП + ожирение	8	21
АГ + ХБП + НАЖБП + ожирение	10	26,3

### **Выводы**

В результате исследования было выявлено: большая часть пациентов, несмотря на свою коморбидность, недостаточно приверженны к статинотерапии и имеют повышенную степень риска смертности в течение одного года, что свидетельствует об отсутствии мотивированности к лечению и недостаточной информированности о риске сердечно-сосудистых осложнений.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Кадыров, Р. В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток, РФ: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
2. Association of Statin Adherence With Mortality in Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease / F.Rodriguez [et al.]; ed.: JAMA Cardiol., 2019; 4(3): 206–213. doi:10.1001/jamacardio.2018.4936.
3. Systematic review of the predictors of statin adherence for the primary prevention of cardiovascular disease / H. A. Hope [et al.]; ed.: PLoS One., 2019; 14(1):e0201196. doi: 10.1371/journal.pone.0201196.
4. Оценка качества жизни при коморбидных состояниях у пожилых больных с сахарным диабетом 2 типа на примере жителей г. Орловка и г. Бишкека / Н. А. Сатаров [и др.] // Вестн. Кыргызск. гос. мед. академ. им. И. К. Ахунбаева. – 2013. – № 3. – С. 62–68.
5. Лукина, Ю. В. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками / Ю. В. Лукина, С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутищенко // Рацион.фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – № 1. – С. 63–65.

УДК 616-006.446.2-036.11-053.2:616.36-002-073.43

**Д. Ю. Лебешев, И. П. Карнацевич**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент И. П. Ромашевская*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ЭЛАСТОГРАФИЯ ПЕЧЕНИ В ДИАГНОСТИКЕ ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ**

### **Введение**

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является самой распространенной опухолью кроветворной ткани в детском возрасте и составляет 25–30 % всех злокачественных опухолей у детей и до 90 % случаев острого лейкоза. Современные возможности терапии позволили существенно изменить прогноз у детей с ОЛЛ, 5-летняя безрецидивная выживаемость составляет более 85 %. В основе патогенетического лечения ОЛЛ лежит использование интенсивной полихимиотерапии, направленной на полную эрадикацию опухолевого клона. Однако проведение данной терапии сопряжено с рядом побочных эффектов в результате токсического воздействия используемых препаратов на здоровые ткани, что приводит к углублению иммунодепрессии и развитию осложнений со стороны различных органов и систем.