Выводы:

1. У пациентов с сахарным диабетом выявлена недостаточная обеспеченность организма витамином D при СД 1 типа и СД 2 типа, что обусловило снижение энтерального усвоения кальция. Уровни HbA1c значительно превышали целевые показатели метаболического контроля у всех обследованных пациентов.

2. Средние значения уровня кальция в сыворотке крови были нормальными и сопоставимыми среди мужчин и женщин и среди пациентов с СД 1 типа и СД 2 типа в обследуемой группе пациентов. При индивидуальном анализе не выявлено случаев гипо- или гиперкальциемии.

3. Нормокальциемия обеспечивалась эвакуацией кальция из костной ткани, что подтвердилось снижением МПКТ и развитием остеопении и остеопороза у пациентов с СД, так как выявлена очень высокая встречаемость дефицита МПКТ (84,6%) у пациентов с СД на фоне недостаточной обеспеченности витамином D при СД 1 типа иСД 2 типа и декомпенсации углеводного обмена.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Минздрав: за 20 лет заболеваемость диабетом в Беларуси выросла втрое // Sputnik Беларусь. – URL: https://sputnik.by/20251114/minzdrav-za-20-let-zabolevaemost-diabetom-v-belarusi-vtroe101659109.html?ysclid=mmrytaenk2998406263 (дата обращения: 18.03.2026).

2. Руководство по остеопорозу ; под ред. Л. И. Беневоленской. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.

3. Витамин А и здоровье костей: обзор современных данных / M. M. F. Yee [et al.]. // Molecules. – 2021. – Т. 26. – С. 1757.

УДК **616.12-005.4-089-036.82**

И. А. Кононенко, В. А. Купреенко

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

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

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО И МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают занимать лидирующие позиции в структуре смертности и инвалидизации населения в Республике Беларусь. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), является одной из основных форм данной патологии, требует применения как эффективных методов лечения, так и комплексных подходов к восстановлению пациентов. Современные подходы к лечению ИБС, включают аортокоронарное шунтирование (АКШ), стентирование (ЧКВ), маммарокоронарное шунтирование (МКШ) и медикаментозную терапию [1].

В связи с этим особую значимость приобретает этап медицинской реабилитации, целью которого является улучшение функциональных резервов организма, психологического статуса и возвращение пациента к полноценной жизни [2].

Цель

Оценка эффективности реабилитации пациентов после аортокоронарного и маммарокоронарного шунтирования.

Материал и методы исследования

В ходе исследования был произведен ретроспективный анализ 15 медицинских карт пациентов после АКШ и МКШ, которые находились на стационарном лечении на базе УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр».

Изучались: пол, возраст, основной диагноз, наличие в анамнезе инфаркта миокарда, данные коронароангиографии, данные электрокардиографии, осложнения, данные эхокардиографии, данные 6-минутного теста ходьбы.

Все пациенты были разделены на две группы по возрастному критерию: группа № 1 – пациенты старше 60 лет, группа № 2 – пациенты до 60 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования установлено, что среди пациентов 1 группы – 50% составляют мужчины, 50% – женщины, а среди пациентов 2 группы – 71,4% составляют мужчины, 28,6% – женщины.

Анализ нозологической структуры в группа сравнения показал, что основным показание к оперативному лечению (АКШ, МКШ) являлась стабильная стенокардия напряжения (ССН). В 1 группе – 75% составили пациенты с ССН и 25% пациенты с инфарктом миокарда (ИМ), во 2 группе – 85,7% пациенты с ССН и 14,3% ИМ.

При оценке анамнеза установлено, что доля пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе в 1 группе составила 37,5%, чем существенно уступает показателю 2 группы 85,7%.

Посткардиотомный синдром, как осложнение основного заболевания, диагностирован у пациентов обеих групп. В первой группе его частота составила 50%, во второй – 71,4%.

В ходе анализа коронароангиографии, атеросклеротическое поражение около 90%, было локализовано в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии в проксимальном и среднем её сегменте (в 1 группе – 62,5%, в группе № 2 – 57,1%); сужение в устье огибающей ветви левой коронарной артерии около 80% (для 1 группы – 50%, для 2 группы – 57,1%); субокклюзия в проксимальном и среднем сегменте правой коронарной артерии составило около 80% (в 1 группе – 62,5%, в 2 группе – 71,4%).

При анализе структуры клапанной патологии были выявлены существенные межгрупповые различия. Недостаточность митрального клапана (НМК) наблюдалась у 62,5% пациентов первой группы, при этом распределение по степеням тяжести было следующим: НМК 1-й и 2-й степени – по 25%, 3-й степени – 12,5%. Во второй группе НМК диагностирована у всех пациентов (100%), с преобладанием 2-й степени (71,5%) над 1-й (28,5%).

Недостаточность аортального клапана (НАК) в первой группе также составила 62,5% (1-я степень – 25%, 2-я степень – 37,5%), тогда как во второй группе данный порок встречался реже и был представлен исключительно НАК 1-й степени (85,7%).

Поражение трикуспидального клапана (недостаточность) в первой группе отмечено в 62,5% случаев, в то время как во второй группе данный показатель достиг 100%.

При сравнительном анализе ЭКГ установлено, что нарушения ритма сердца в первой группе встречались почти в два раза реже 37,5%, чем во второй группе 72,5%.

По данным эхокардиографии средняя составляющая фракции выброса для 1 группы составила 60%, тогда как для 2 группы – 63%. Среднее значение индекса локальной сократимости в 1 группе составило 1,0, тогда как во 2 группе этот показатель достиг 1,125.

При первичном обследовании, проведенном перед началом реабилитационных мероприятий, была выявлена неоднородность в распределении пациентов по функциональным классам (ФК) в зависимости от группы наблюдения. В первой группе, приступившей к реабилитационному курсу, большинство обследованных демонстрировали относительно легкую степень нарушения: половина пациентов (50%) была отнесена к ФК I, а 37,5% – к ФК II. Наименее многочисленную подгруппу в первой группе составили пациенты с ФК III,

доля которых не превышала 12,5%. Во второй группе, напротив, исходный функциональный статус пациентов был значительно ниже: преобладающее большинство (42,8%) находилось в ФК III, что свидетельствует о более тяжелом состоянии на старте терапии. Доля пациентов с ФК II во второй группе составила 28,5%, а с ФК I – лишь 14,3%.

Оценка эффективности реабилитационного воздействия. Повторное тестирование, проведенное после завершения полного курса реабилитации, позволило зафиксировать выраженную положительную динамику в обеих клинических группах. Анализ индивидуальных результатов показал, что у 62,5% пациентов 1 группы произошло достоверное снижение функционального класса, что расценивалось как улучшение состояния. Во 2 группе, несмотря на исходно более тяжелый контингент больных, доля респондеров (пациентов, ответивших на терапию снижением ФК) оказалась еще выше, достигнув 71,4%. Полученные данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности реабилитационной программы в обеих группах, при этом во второй группе отмечалась более выраженная частота положительных сдвигов.

Выводы

Выявлены существенные межгрупповые различия: у пациентов младше 60 лет достоверно чаще встречались перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, нарушения ритма сердца и клапанная патология (недостаточность митрального и трикуспидального клапанов), что коррелировало с их исходно более тяжелым функциональным статусом (преобладание III функционального класса).

Ключевым результатом работы является доказанная высокая эффективность реализуемой программы медицинской реабилитации. Несмотря на исходно более тяжелое состояние пациентов младше 60 лет, зафиксирована наибольшая доля положительных сдвигов – у 71,4% больных удалось добиться снижения функционального класса, что превышает аналогичный показатель в группе пациентов старше 60 лет (62,5%). Это свидетельствует о высоком восстановительном потенциале пациентов трудоспособного возраста и подчеркивает важность своевременного начала реабилитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тлеуберлин, Т. Реабилитация пациентов после аортокоронарного шунтирования / Т. Тлеуберлин // Medicine, science and education. – 2023. – № 3. – С. 20–29.

2. Мухарлямов, Ф. Ю. Программы медицинской реабилитации больных после аортокоронарного шунтирования / Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычёва, М. А. Рассулова // Доктор. Ру. – 2016. – № 12. – С. 7–10.

УДК 616.379-008.64:616.89

М. Г. Кононов, Е. Р. Шандрак

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. С. Махлина

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

КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Введение

Психические расстройства (ПР) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) характеризуются широкой распространенностью и значительным влиянием на течение основного заболевания. Согласно современным данным, более половины пациентов с СД2 страдают коморбидными ПР, которые зачастую носят рецидивирующий или затяжной характер [1].