и 8 случаев (5,8%) – на А-миелому. При несекретирующей миеломе и варианте с секрецией белка Бенс-Джонса повышения γ-глобулинов не зарегистрировано. Закономерные различия выявлены при анализе уровня М-градиента. Наибольшие значения зафиксированы при G-миеломе (медиана 34,7 г/л). При А-миеломе показатель был ниже – 25,6 г/л. Минимальный уровень парапротеина в сыворотке наблюдался при миеломе с секрецией белка Бенс – Джонса (медиана 11,5 г/л). Повышение β2-микроглобулина зарегистрировано у 34 пациентов (24,8%). Максимальные значения отмечены при G-миеломе (до 16 мг/л). Наиболее высокие медианы показателя наблюдались при несекретирующей миеломе (4,69 мг/л) и миеломе с секрецией белка Бенс-Джонса (5,49 мг/л), что может свидетельствовать о более распространенном опухолевом процессе и/или нарушении почечной фильтрации у данной категории пациентов.

Выводы

При инициальной диагностике ММ в 73% случаев характеризовалась нормохромной нормоцитарной анемией легкой степени тяжести независимо от иммунохимического варианта заболевания. Особенностью миеломы IgA явилось наличие только лейкопении. Почечная патология оказалась более значимой для ММ с секрецией белка Бенс – Джонса. Гиперкальциемия при первичной диагностике встречалась редко (13,1%). Наиболее высокие показатели β2-микроглобулина были отмечены при несекретирующей миеломе и миеломе с секрецией белка Бенс-Джонса, что свидетельствует о более продвинутой стадии. Самым неблагоприятным иммунохимическим вариантом миеломы в плане прогрессирования по результатам исследования оказалась миелома с секрецией белка Бенс-Джонса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кравченко, Д. В. Гематология : учебник / Д. В. Кравченко, И. А. Искров, И. О. Стома. – М. : КНОРУС, 2022. – 396 с.

2. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология : учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Мн. : Вышэйшая школа, 2023. – 400 с.

3. Rajkumar, S. V. Multiple myeloma : 2025 update on diagnosis, risk-stratification and management / S. V. Rajkumar // Am J Hematol. – 2025. – Vol. 100. – P. 789–805.

4. International Myeloma Working Group (IMWG). Consensus recommendations for the diagnosis and management of multiple myeloma and related disorders. – Lancet Oncol. – 2025. – P. 26.

5. Baranova, K. Alkaline phosphatase activity in neutrophils from patients with severe congenital neutropenia (Kostmann's sundrome) / K. Baranova // International Journal of Hematology. – 1999. – Vol. 70, № 4. – P. 236–240.

УДК 616.12-089.168.1-036.82-052:159.942

А. И. Жукова, Е. А. Никиташина

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

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

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы остаются главной причиной смертности и инвалидизации в мире. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от патологий данной системы органов умирает 17,9 млн человек, 4/5 случаев приходится на инфаркт миокарда (ИМ) [1].

В 2024 году в Республике Беларусь было зарегистрировано 348 тыс. новых случаев заболеваний системы кровообращения (4,01% от всех патологий – 8669 тыс.) [2]. В то же время, смертность от болезней системы кровообращения (БСК) составляет 791,5 случаев на 100 000 населения [3]. Несмотря на небольшую долю в структуре обращений, пациенты с БСК требуют наиболее интенсивной и длительной реабилитации.

Успех реабилитации тесно связан с профилактикой осложнений и психоэмоциональным состоянием. Общей проблемой для кардиологических пациентов является психологический дистресс (особенно после операций), который напрямую влияет на развитие послеоперационных тревожных и депрессивных расстройств [4]. Это обосновывает необходимость персонализированного подхода и раннего скрининга для повышения эффективности реабилитации.

Цель

Оценить психоэмоциональный статус и выраженность болевого синдрома у пациентов после реконструктивных операций и эндоваскулярных вмешательств с использованием разработанной «Карты психоэмоционального статуса» в условиях медицинской реабилитации в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

Материал для исследования был выбран на базе У «Гомельский областной клинический кардиологический центр» в отделении медицинской реабилитации после реконструктивных операций на сердце и сосудах. Объектом исследования явились 30 пациентов с установленным диагнозом ИМ, ишемическая болезнь сердца (ИБС): нестабильная стенокардия напряжения, которые проходят стационарный этап реабилитации. Набор материала проводился в период с февраля по март 2026 года.

Все пациенты находились в возрасте от 40 до 76 лет. Для достижения цели исследования они были разделены на 2 клинические группы:

1. Пациенты после реконструктивных операций на сердце (аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов) с диагнозами – 6 мужчин, 3 женщины.

2. Пациенты после эндоваскулярного вмешательства (чрезкожное коронарное вмешательство) – 18 мужчин, 3 женщины.

Основным инструментом для оценки пациента выступила разработанная «Карта психоэмоционального статуса», в основу которой вошел международный опросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Количественная интерпретация ответов осуществлялась по ранговой шкале, где каждому варианту ответа соответствовал определенный балл в диапазоне от 0 (полное отсутствие признака) до 3 (максимальная выраженность признака), что позволило перевести субъективные ощущения пациента в конкретные показатели.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы MedCalc 23.0.2. Оценка статистической значимости осуществлялась посредством непараметрического U-критерия Манна – Уитни, выбор которого обусловлен малым объемом выборки и распределения данных. Статистическая обработка проводилась объединением данных в общий ранговый ряд с расчетом эмпирического значения U. Уровень статистической значимости при проверке гипотез соответствовал $<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка выраженности психофизического истощения. При сравнительном анализе ответов уровень значимости составил $p=0,032$, что подтверждает различия между группами по данному показателю. Наиболее высокий уровень адаптации организма продемонстрировала группа пациентов после чрезкожного коронарного вмешательства (ЧКВ), где среднее значение составило 0,38 балла из 6 возможных, что свидетельствует об отсутствии выраженной астении. В то же время пациенты после реконструктивных операций (1,00 балл) проявля-

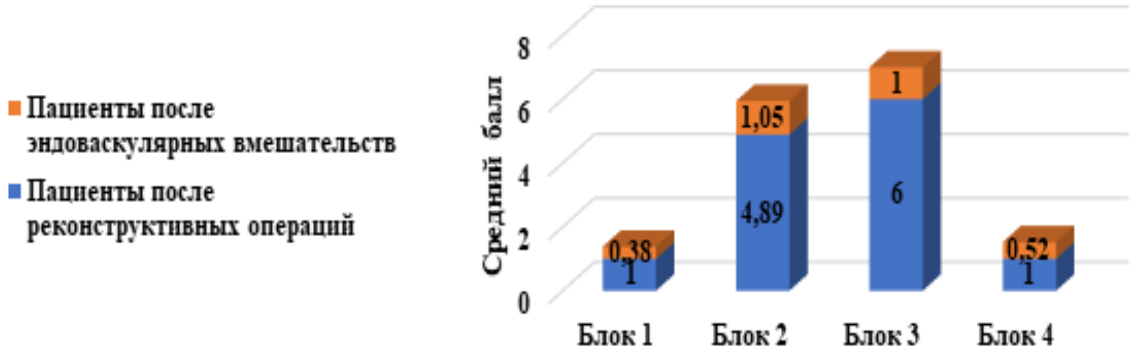
ют признаки умеренного снижения адаптации, что, вероятно, связано с системным ответом организма на операционную травму, особенно в раннем послеоперационном периоде [5]. Пациенты данной группы субъективно отмечали чувство усталости, особенно после выполнения медицинских процедур, а также незначительное снижение аппетита.

Оценка интенсивности и характера болевого синдрома. Уровень значимости в рамках оценки болевого синдрома составил $p<0,001$, что говорит о выраженной ноцицептивной нагрузке в группе пациентов после реконструктивных операций (4,89 балла из 12 возможных). Пациенты могли отмечать наличие болевых ощущений с различным нейропатическим компонентом: чаще в области послеоперационной раны с ощущением онемения, простреливания или локальной болезненности без особенностей. Для данной группы пациентов особенно важен контроль болевого синдрома в период реабилитации. В сравнении со второй клинической группой (1,05 балла), заметна выраженная разница в усредненном показателе. В исследованиях отмечалось, что пациенты после ЧКВ обладают существенным преимуществом в скором улучшении качества жизни за счет минимизации болевых ощущений, которые обусловлены меньшей травматичностью вмешательства [6].

Оценка психоэмоционального статуса и качества сна. При оценке распределения ответов выявлены высокозначимые статистические различия ($p<0,001$), что подтверждается существенным расхождением средних значений. Наиболее выраженный уровень психоэмоционального напряжения зафиксирован в группе пациентов, перенесших реконструктивные вмешательства (6,0 баллов из 30 возможных), что в 6 раз превышает аналогичный показатель во второй группе (1,0 балл). Подобная динамика, возможно, свидетельствует о сложностях психоэмоциональной адаптации, обусловленных объемом хирургического вмешательства, наличием послеоперационной раны и субъективным восприятием тяжести перенесенного лечения. В структуре жалоб доминировали беспричинная тревожность и нарушения сна.

Оценка уровня социальной поддержки и удовлетворенности. Отсутствие статистически значимых различий ($p=0,115$) подчеркивает, что обе клинические группы в результате реабилитации придут к схожим результатам в плане социального благополучия (пациенты после реконструктивных операций – 1,00 балл; пациенты после эндоваскулярных вмешательств – 0,52 балла). По данным исследования, особенности социальной адаптации в обеих группах со временем приравниваются, так как оба типа хирургического лечения снижают частоту возникновения приступов стенокардии и повышают мобильность пациентов в обществе [6].

Обобщенные результаты сравнительного анализа профилей психоэмоционального статуса пациентов обеих групп отражены на рисунке 1.



Блок 1. Оценка выраженности психофизического истощения (макс. 6 баллов)
Блок 2. Оценка интенсивности и характера болевого синдрома (макс. 12 баллов)
Блок 3. Оценка психоэмоционального статуса и качества сна (макс. 30 баллов)
Блок 4. Оценка уровня социальной поддержки и удовлетворенности (макс. 12 баллов)

Рисунок 1 – Результаты межгруппового анализа психоэмоционального статуса

Выводы

Комплексная оценка психоэмоционального статуса в раннем послеоперационном периоде продемонстрировала существенные преимущества малоинвазивного вмешательства (ЧКВ) перед методикой открытой хирургии по большинству анализируемых параметров.

У пациентов, перенесших реконструктивные операции, зафиксировано наиболее выраженное снижение адаптационных способностей ($p=0,032$) и интенсивный болевой синдром ($p<0,001$), что обусловлено высокой травматичностью данного типа вмешательства. Открытые хирургические доступы также выступают значимым триггером психоэмоционального напряжения, способствуя развитию тревожных состояний и нарушений сна ($p<0,001$) в сравнении с группой эндоваскулярного лечения. Вместе с тем уровень социального благополучия оказался сопоставимо благоприятным в обеих группах ($p=0,115$), что свидетельствует о независимости внешних социальных ресурсов от выбранного метода хирургической коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – Женева, 1995–2026. – URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) (дата обращения: 01.03.2026)

2. Статистический ежегодник Республики Беларусь / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь ; редкол.: И. В. Медведева [и др.]. – Мн. : Белстат, 2025. – 305 с.

3. Цели устойчивого развития в Беларуси // Национальная платформа представления отчетности по ЦУР. – URL: https://sdgplatform.belstat.gov.by/datasets/3.4.1 (дата обращения: 01.03.2026).

4. Predictors of Psychological Distress among Post-Operative Cardiac Patients : A Narrative Review / W. D. McCann, X. Y. Hou, S. Stolic [et al.]. // Healthcare. – Basel : MDPI, 2023. – Vol. 11, № 20. – P. 2721.

5. Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention Versus Coronary Artery Bypass Grafting / A. Dimagli, C. Spadaccio, A. Myers [et al.]. // Journal of the American Heart Association. – 2023. – Vol. 12, № 11.

6. Effect of coronary artery bypass grafting on quality of life: a meta-analysis of randomized trials / R. Masterson Creber, A. Dimagli, C. Spadaccio [et al.]. // European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes. – 2022. – Vol. 8, № 4. – P. 259–268.

УДК **[618.1+616]-036.12-08-052**

К. С. Зайцева

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

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Введение

Хронические неинфекционные заболевания являются ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, патология щитовидной железы, а также гинекологические заболевания, такие как миома матки и эндометриоз, требуют длительного, нередко пожизненного приема лекарственных препаратов. Несмотря на достигнутые успехи в области изучения этиологии, патогенеза, особенностей течения различных заболеваний, определения риска развития осложнений, выявления наиболее эффективных и безопасных методов лечения, обоснования целей терапии, многие задачи в лечении и профилактике хронических болезней и их осложнений так и остаются недостижимыми, в том числе, в связи с низкой приверженностью пациентов к назначаемой терапии.