

Таблица 4 — Особенности изменения показателей периферической крови у пациентов с ИМ

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Статистическая значимость различий
Эр 1, 1012 (при первичном исследовании)	4,66 [4,02;5,06]	4,35 [3,76;4,82]	4,53 [3,88;4,7]	$p_{1/2} = 0,744615$ $p_{1/3} = 0,354972$ $p_{2/3} = 0,505739$
Эр 2, 1012 (при повторном исследовании)	4,3 [3,99;4,49]	4,36 [4,01;4,68]	3,865 [3,475;4,35]	$p_{1/2} = 0,4312$, * $p_{1/3} = 0,02$, * $p_{2/3} = 0,013$
Различия между Эр 1 и Эр 2	$p = 0,459$	$p = 0,944$	* $p = 0,008975$	—
Нб 1, г/л (при первичном исследовании)	137 [125;147]	135,5 [123;151]	136 [125;148]	$p_{1/2} = 0,22$ $p_{1/3} = 0,3$ $p_{2/3} = 0,89119$
Нб 2, г/л (при повторном исследовании)	137 [121;142]	138 [125;150]	115 [110;128,5]	$p_{1/2} = 0,3795$, * $p_{1/3} = 0,008568$, * $p_{2/3} = 0,001$
Различия между Нб 1 и Нб 2	$p = 0,71125$	$p = 0,758836$	* $p = 0,001477$	—

* статистически значимые различия

Выводы

1. Увеличение ИАС в динамике у пациентов в остром периоде ИМ сопровождается снижением фракции выброса и ухудшением степени сердечной недостаточности.

2. Наличие фиброза митрального клапана чаще встречается у пациентов с прогрессирующим снижением сократительной функции сердца на фоне ИМ.

3. Снижение уровня эритроцитов и гемоглобина крови сопровождается увеличением ИАС в динамике и чаще наблюдается у пациентов с ИМ с классом тяжести 4.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ройтеберг, Г. Е.* Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учеб. пособие / Г. Е. Ройтеберг, А. В. Струтынский. 7-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2021. 904 с.
2. *Якушин, С. С.* Инфаркт миокарда. 2-е изд., перераб. и доп. / С. С. Якушин, Н. Н. Никулина, С. В. Селезнев. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 240 с.

УДК 616.12-005.4-06

КОМОРБИДНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ковалев А. Ю., Батт Т. А.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева;
ассистент кафедры Т. А. Курман**

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

Введение

В 1991 г. V. Dzau и E. Braunwald представили миру гипотезу о том, что порядок развития сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных в первую очередь ишемической болезнью сердца, может быть представлена в виде цепи событий. В этой концепции были объединены патофизиологические механизмы

от наличия причин до формирования хронической сердечной недостаточности, и, как исхода — смерти [1].

В настоящее время проблемой здравоохранения является большое разнообразие заболеваний у отдельного человека, что особенно важно для пациентов старшего возраста. Изучая структуры болезней, получилось выяснить не только причины происхождения изменений при хронических заболеваниях, но и тесную взаимосвязь среди них. Таким образом, под понятием «коморбидность» подразумевают присутствие у одного пациента более двух хронических заболеваний, взаимозависимых по этиологическому и патогенетическому принципу или возникающих одновременно.

Наличие у человека заболеваний с общим патогенезом, приводит к значительному ухудшению качества жизни пациента. Для оценки коморбидности у пациентов применяется индекс Чарлсона, считаемый как сумма баллов для конкретного пациента с заболеваниями.

С возрастом пациенты получают баллы — 1 балл на каждые 10 лет жизни после 40 лет.

Индекс Чарлсона показывает риск смертности в ближайшие 10 лет. Так спустя 10 лет выживаемость при сумме баллов по индексу Чарлсона в 1 балл составляет 99 %, при 2 баллах — 96 %, при 3 баллах — 90 %, при 4 баллах — 77 %, при 5 баллах — 53 %, при 6 баллах — 21 % [2].

Прикладным значением выделения у пациентов сопутствующего хронического заболевания является не только прогноз пациента, но и возможность назначать аргументированное медикаментозное лечение, сориентированное на коррекцию ряда заболеваний у пациента минимизируя межлекарственные взаимодействия [3].

Сейчас во всем мире уделяют большое внимание проблеме коморбидной патологии.

Цель

Изучение индекса, структуры коморбидной патологии пациентов кардиологического отделения и их особенностей медикаментозного лечения в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы исследования

В ходе исследования на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» был произведен ретроспективный анализ медицинской документации за январь 2022 г. В выборку включены 35 пациентов с диагнозом ИБС и ее коморбидной патологией. Все пациенты были разделены по гендерному (1-я группа — пациенты мужского пола и 2-я группа — пациенты женского пола) признаку и возрастному (45–59 лет — средний возраст; 60–74 года — пожилой возраст, 75–90 лет — старческий возраст) принципу согласно с классификацией Всемирной организации здравоохранения. Проводился подсчет индекса коморбидности Чарлсона. Обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам ретроспективного анализа коморбидных пациентов кардиологического отделения было выявлено, что на средний возраст приходится 8,57 % (n = 3), на пожилой 31,43 % (n = 11) и на старческий возраст 60 % (n = 21). Средний период нахождения на лечении в стационаре у женщин составил 6,15 дней, а у мужчин 4,4 дня. Индекс коморбидности всех пациентов был от 1 до 7 баллов, в среднем составил 3,51 баллов, у женщин достоверно больше, чем у мужчин (соответственно 3,95 (min — 1; max — 7) и 2,93 (min — 1; max — 7) баллов.

Ведущие заболевания в структуре коморбидности пациентов с ИБС со стороны сердечно-сосудистой системы представлены в рисунке 1.

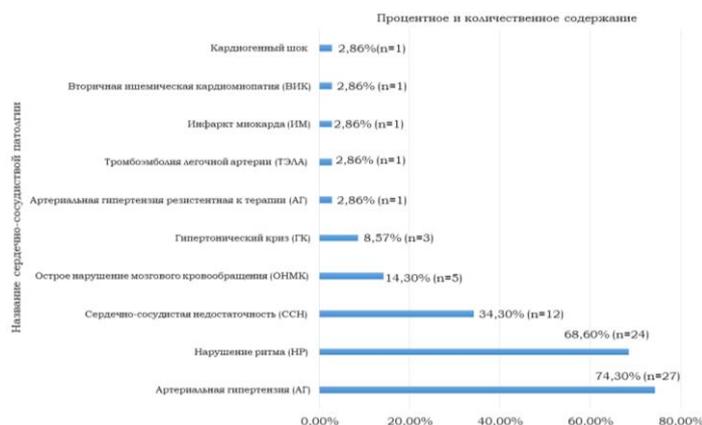


Рисунок 1 — Коморбидность пациентов с ИБС, %

Со стороны других органов и систем являются: сахарный диабет 2 типа (СД) — 22,9 % (n = 8), анемия легкой степени — 11,4 % (n = 4), пневмония с гидротораксом — 5,7 % (n = 2), мочекаменная болезнь (МКБ) — 5,7 % (n = 2), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — 2,86 % (n = 1), астма — 2,86 % (n = 1); со стороны аутоиммунных заболеваний и различных инфекций являются: SARS-CoV-2 — 28,6 % (n = 10), ревматоидный артрит — 2,86 % (n = 1).

Лечение, назначаемое по протоколам ведения различных заболеваний, во всех случаях было многокомпонентным. Всем пациентам было назначено в среднем 9,6 (min — 5; max — 21) лекарственных препаратов. Женщины и мужчины с коморбидной патологией в среднем принимали одинаковое количество препаратов — 9,6. На амбулаторное лечение было направлено 33,33 % (n = 5) мужчин, 40 % (n = 8) женщин.

Выводы

Среди пациентов с коморбидной патологией преобладали пациенты старческого возраста. Индекс коморбидности в среднем составил 3,51 баллов, у женщин достоверно больше, чем у мужчин (соответственно 3,95 (min — 1; max — 7) и 2,93 (min — 1; max — 7) баллов). В структуре коморбидности ведущими являются сердечно-сосудистые заболевания, СД2 и SARS-CoV-2. Довольно часто прослеживаются «перекресты» сердечно-сосудистых заболеваний и СД2. Пациентам назначается большое количество медикаментов, в среднем 9,6 (min — 5; max — 21).

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации «Коморбидная патология в клинической практике» // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. № 16 (6). С. 56.
2. Шишкова, В. Н. Коморбидность и полипрагмазия: фокус на цитопротекцию / В. Н. Шишкова // Consilium Medicum. 2016. № 18 (12). С. 79.
3. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учеб. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2021. 134 с.

УДК 616.155.194.8-07:616.12-052

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И СТРУКТУРА АНЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Козлова М. Д.

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

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

Введение

Анемия — это клинико-гематологический синдром, характеризующийся уменьшением содержания гемоглобина и (или) числа эритроцитов в единице объема крови. В норме содержание эритроцитов в периферической крови у