

Е. Н. Хроленко, А. В. Марченко

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ GERONTONET

Введение

Осложнения лекарственной терапии в современной медицине являются одной из значимых проблем. Под данными осложнениями подразумеваются неблагоприятные лекарственные явления, совпадающие по срокам с приемом препарата, и неблагоприятные лекарственные реакции (НЛР) в случае установления причинно-следственной связи между таким приемом и побочной реакцией. Наиболее чувствительной группой риска развития осложнений фармакотерапии являются пожилые пациенты как вследствие инволюционных изменений, так и ввиду наличия хронической и сопутствующей патологии [1].

Стремление повысить эффективность лечения неизбежно приводит к назначению большого количества лекарственных средств (ЛС) – полипрагмазии. Большинство НЛР, вне зависимости от их степени тяжести, являются предсказуемыми и, следовательно, предотвратимыми. Для их профилактики были разработаны и валидированы определенные шкалы стратификации риска в зависимости от наличия определенных факторов, имеющих разные веса. К таким шкалам можно отнести GerontoNet Risk Score [2].

Цель

Оценить риск возникновения НЛР у геронтологических пациентов с помощью шкалы GerontoNet.

Материал и методы исследования

В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 108 историй болезни. Пациенты проходили стационарное лечение в терапевтическом отделении для ВОВ Учреждения здравоохранения «Могилевская областная клиническая больница» в период с 2020 по 2023 гг. с диагнозами: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), ишемическая болезнь сердца, хроническая почечная недостаточность, жировой гепатоз и желчекаменная болезнь (ЖКБ).

Для оценки риска развития НЛР была использована шкала GerontoNet. Данная шкала состоит из восьми факторов, каждому из которых присвоен определенный балл. Максимальное количество баллов, которое может быть присвоено одному пациенту составляет 10. По данным разработчиков шкалы GerontoNet, 8 и более баллов может сопровождаться НЛР в 21,7% случаев, а наилучшие показатели чувствительности и специфичности прогнозирования были в диапазоне от 3 до 4 баллов. Все нежелательные реакции мы разделили на определенные (8–10 баллов), вероятные (5–7 баллов), возможные (2–4 балла) и сомнительные (0–1 баллов) [3].

Результаты исследования обработаны с помощью программы Microsoft Excel. Сравнительный анализ качественных показателей проводился с использованием двухстороннего критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования были ретроспективно проанализированы 108 историй болезни пациентов, получавших медицинскую помощь в условиях стационара, из них 63 мужчины и 45 женщин. Средний возраст составил 77,4 (78,3 – мужчины; 75,2 – женщины). Среднее количество назначенных ЛС каждому пациенту составило 7: максимальное количество у пациентов с ХСН (8) и минимальное с ЖКБ (4).

Оценка факторов риска шкалы GerontoNet показала следующие результаты (таблица 1).

Таблица 1 – Суммарный балл риска развития НЛР в соответствии со шкалой GerontoNet

Суммарный балл риска	Количество пациентов (n)	Процент от общего количества (%)
0	0	0
1	0	0
2	3	2,7
3	8	7,4
4	15	13,9
5	16	14,8
6	22	20,4
7	25	23,1
8	14	13
9	5	4,6
10	0	0

Медиана суммарного балла по шкале для мужчин составила 7 баллов, для женщин 5 баллов, то есть мы можем говорить о повышенном риске возможных осложнений.

С помощью шкалы оценки риска НЛР GerontoNet каждый пациент был проанализирован на наличие факторов риска (таблица 2).

Таблица 2 – Частота встречаемости факторов риска у геронтологических пациентов

Фактор риска	Количество пациентов (n)	Процент от общего количества (%)
4 и более заболеваний/состояний	103	95,3
ХСН	89	82,4
Заболевания печени	69	63,9
Количество назначенных ЛС: менее 5	4	3,7
Количество назначенных ЛС: от 5 до 7	71	65,7
Количество назначенных ЛС: более 8	33	30,5
НЛР в анамнезе	41	38
Почечная недостаточность	49	45,3

Исходя из данных таблицы 2, коморбидность является одним из основных факторов риска НЛР у геронтологических пациентов.

Для выявления статистически значимой связи между полом и фактором риска развития НЛР, был проведен качественный анализ полученных данных с использованием двухстороннего критерия Фишера. 41 пациент имеет в анамнезе НЛР (22 женского пола и 17 мужского), 67 нет (25 женского пола и 46 мужского) ($p=0,0437$). Для остальных факторов риска данные оказались статистически незначимыми.

Выводы

Согласно результатам исследования, оценка по шкале GerontoNet для геронтологических пациентов мужского пола составила 7 баллов, для пациенток женского пола – 5 баллов, что говорит о высоком риске развития НЛР. Среди факторов риска на первом месте – 4 и более заболеваний/состояний, на втором – ХСН, на третьем – количество назначаемых ЛС от 5 до 7.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Яковлев, А. А. Факторы риска полипрагмазии у лиц старших возрастных групп с хронической сердечной недостаточностью / А. А. Яковлев // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2021. – № 4(321). – С. 262–285.
2. Кирилочев, О. О. Оценка риска осложнений лекарственной терапии геронтологических пациентов с психическими заболеваниями / О. О. Кирилочев, В. С. Тарханов // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. – С. 98–100.
3. Petrovic, M. Predicting the Risk of Adverse Drug Reactions in Older Inpatients: External Validation of the GerontoNet ADR Risk Score Using the CRIME Cohort / B. Tangiisuran, C. Rajkumar // Drugs Aging. – 2017. – Vol. 34. – № 2. – P. 135–142.

УДК 616.12-008.318-08:615.47

А. А. Худобич, С. Н. Чакаева

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Введение

Электрокардиостимуляция – терапевтическое вмешательство, при котором к определенным участкам сердечной мышцы подаются электрические импульсы извне. Эти импульсы генерируются имплантируемым устройством, называемым искусственным водителем ритма (электрокардиостимулятором). В результате действия импульсов происходит контролируемое сокращение сердца [1].

Электрокардиостимулятор, также известный как искусственный водитель ритма (ИВР), представляет собой медицинское устройство, которое регулирует сердечный ритм, когда собственные электрические сигналы сердца не могут эффективно выполнять эту функцию. Основной целью кардиостимулятора является поддержание или навязывание желаемой частоты сердечных сокращений пациентам с брадикардией (медленным сердечным ритмом), электрофизиологическим разобщением между предсердиями и желудочками (атриовентрикулярная блокада) или другими аритмиями. Имплантируемые кардиостимуляторы позволяют поддерживать ритм сердца в реальных условиях, освобождая пациентов от постоянной зависимости от больничных манипуляций. Имплантируемые кардиостимуляторы восстанавливают синхронную работу камер сердца, уменьшая такие симптомы, как усталость, одышка и обмороки [1].

Цель

Изучить истории болезни стационарных пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиохирургии УЗ «Гомельском областном клиническом кардиологическом центре». Провести сравнительную характеристику пациентов и выявить основные причины для постановки электрокардиостимуляторов.