

пациентов и наличия избытка веса. Однако у пациентов с высоким уровнем ИПЗОЖ отмечается достоверно меньше пациентов, которые курят на постоянной основе (5% случаев), не употребляют овощи и фрукты ежедневно (5% случаев) и превышают нормы потребления соли (8% случаев).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шальнова, С. А. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер. / С. А. Шальнова // Профилактическая медицина. – 2018. – № 23. – С. 65–72.
2. Электронный научно-практический журнал «Профилактическая медицина»: [сайт]. – Санкт-Петербург, 2018. – URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/profilakticheskaya-meditsina/2018/4/1230549482018041065> (дата обращения: 07.03.2025).
3. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»: [сайт]. – Санкт-Петербург, 2015. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/priverzhennost-patsientov-lechebno-profilakticheskim-meropriyatiyam-i-zdorovomu-obrazu-zhizni-aktualnost-problemy-i-vozmozhnosti/viewer> (дата обращения: 07.03.2025).
4. Электронный научный журнал «Терапия»: [сайт]. – Москва, 2023. – URL: <https://therapy-journal.ru/ru/archive/article/44173> (дата обращения: 07.03.2025).
5. Михайлова, Т. Ю. Социальные факторы, влияющие на приверженность к ЗОЖ среди пациентов многопрофильных клиник / Т. Ю. Михайлова // Социология здоровья и медицины. – 2022. – № 11. – С. 34–42.

УДК 616.127-005.8-036.82

В. А. Мороз

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Введение

Инфаркт миокарда – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, являющаяся одним из морфологических исходов ОКС, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения. Инфаркт миокарда чаще всего развивается у пациентов мужского пола в возрасте от 40 до 60 лет. Основной причиной развития ИМ является обтурация просвета коронарной артерии, что может произойти вследствие следующих процессов: атеросклероза коронарных артерий, хирургической обтурации (диссекции при ангиопластике), эмболизации коронарной артерии (тромбоэмболии, жировой эмболии), спазма коронарной артерии или снижения доставки кислорода (анемии, аритмии, артериальной гипотензии) [1].

Цель

Оценить результаты реабилитационных мероприятий у пациентов с инфарктом миокарда, провести сравнительный анализ между лицами мужского и женского пола.

Материал и методы исследования.

Был проведен ретроспективный анализ стационарных карт 20 пациентов с инфарктом миокарда, взятых из архива УЗ «Гомельский областной кардиологический центр» за 1 месяц 2025 года.

Статистический анализ проводился при помощи программы Statistica 10V. Так как полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, согласно критерию Шапиро-Уилка, они были представлены в формате Me (Q25; Q75), где Me – медиана, Q25; Q75 – верхний и нижний квартили. Так как данные являются непараметрическими,

для сравнения двух зависимых групп использовался критерий Уилкоксона, а для оценки различий между независимыми группами применялся критерий Манна-Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было выявлено 20 пациентов с ИМ, из которых на долю мужского пола приходится 75% пациентов, на долю женского пола – 25%.

При исследовании локализации поражения было выявлено, что передняя и задняя стенка у двух групп поражены в равном процентом соотношении.

Объем поражения миокарда: крупноочаговый ИМ встречался гораздо чаще и выявлен у 50% пациентов, субэндокардиальный ИМ встречался в 35% случаев. Трансмуральный ИМ наблюдался у 3 пациентов, что составило 15% от общего числа пациентов с ИМ.

Средний возраст женщин, перенесших ИМ, составил 64,50 лет, мужчин – 56,60 лет (таблица 1).

Таблица 1 – Основные показатели исследования и результатов реабилитационных мероприятий в группах мужчин и женщин

Показатель	Группа женщин	Группа мужчин
Возраст	64,50 [58,00; 70,00]	56,50 [45,00; 68,00]
ФВ-режим	56,00 [55,00; 57,00]	56,00 [50,00; 59,00]
Индекс локальной сократимости	1,13 [1,07; 1,22]	1,19 [1,00; 1,50]
Холестерин	5,62 [3,72; 5,66]	4,39 [4,02; 4,79]
Лейкоциты	6,60 [6,30; 6,70]	11,00 [7,60; 11,70]
Тест 6-минутной ходьбы до лечения	420,00 [360,00; 420,00]	430,00 [400,00; 480,00]
Тест 6-минутной ходьбы после лечения	510 [472,5; 540,00]	497,50 [480,00; 600,00]
Улучшение в % теста 6-минутной ходьбы	28,57 [21,43; 41,79]	17,75 [9,09; 33,33]
Шкала тревоги до лечения	6,00 [4,00; 8,00]	3,50 [2,00; 5,00]
Шкала тревоги после лечения	4,00 [2,00; 4,00]	2,00 [0,00; 5,00]
Шкала депрессии до лечения	1,00 [1,00; 3,00]	2,00 [0,00; 5,00]
Шкала депрессии после лечения	3,00 [1,00; 5,00]	2,00 [0,00; 3,00]

При исследовании ФВ в В-режиме были получены одинаковые значения у 2 групп исследования и составила 56,00.

Индекс локальной сократимости (ИЛС) в двух группах имеет несущественные различия. В группе мужчин ИЛС составил 1,19, что говорит о более тяжелом течении ИМ, в группе женщин данный показатель составил 1,13.

При учете результатов исследования на холестерин просматривается тенденция к большим значениям в группе женщин (5,62) по сравнению с группой мужчин (4,62).

Самым значимым показателем является количество лейкоцитов. Наблюдается достоверно больший уровень лейкоцитов у лиц мужского пола по сравнению с лицами женского пола.

Было выявлено, что инфаркт миокарда оказывает существенное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, что отражается на уровне тревоги и депрессии. Так при оценке шкалы тревоги среди двух исследуемых групп были получены следующие результаты: уровень тревоги при поступлении высокий как у женщин, так и у мужчин. Однако при выписке наблюдается увеличение уровня тревоги у женщин по сравнению с мужчинами, где уровень тревоги имеет тенденцию к снижению.

Оценка уровня депрессии показала следующие результаты. У группы женщин уровень депрессии в начале лечения выше по сравнению с группой мужчин. После

пройденного курса лечения у мужчин не выявлено изменений уровня депрессии при поступлении по сравнению с выпиской, а у женщин наблюдается тенденция к уменьшению депрессии при выписке по сравнению с начальными результатами теста.

Одним из важных показателей является проведение теста 6-минутной ходьбы. Данный тест является основным из тестов, проводимых для оценки толерантности к физической нагрузке у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Данное исследование проводилось среди двух групп до лечения и после. Средний показатель: минутного теста ходьбы среди лиц женского пола до лечения составил 420 м, после лечения показатель увеличился до 510 м. Показатели лиц мужского пола имеют свои отличия. До лечения средний показатель составил 430 м, после лечения – 497,50 м.

Выводы

В ходе исследования выявлено, что в группе женщин наблюдается тенденция к большему проценту улучшения 6-минутного теста по сравнению с группой мужчин.

После лечения уровень тревоги у женщин возрастает по сравнению с мужчинами, где данный показатель имеет тенденцию к снижению.

Уровень депрессии в группе мужчин остался прежним и не изменился в ходе лечения, а у женщин наблюдается тенденция к уменьшению депрессии при выписке по сравнению с начальными результатами теста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтинский. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 904 с.

УДК 616.126-77-052-07

Я. В. Парфеев, Е. А. Терновых

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Введение

Клапанные пороки сердца – это глобальная проблема здравоохранения. По оценкам, ежегодно во всем мире имплантируется более 280 000 протезов сердечных клапанов. По мере старения населения планеты частота их имплантации и распространенность продолжают расти [2].

Первый протезный клапан был имплантирован Хуфнагелем в 1952 году пациенту с аортальной недостаточностью. С тех пор протезные клапаны эволюционировали в различные механические и биопротезные формы и размеры. Несмотря на ажиотаж, связанный с текущей разработкой протезных клапанов сердца, хирургически имплантированные клапаны остаются основой современной практики [3].

Концепция лечения приобретенных и врожденных клапанных пороков сердца исходит из того, что при наличии клинических проявлений заболевания их радикальная коррекция возможна только с помощью хирургических методов. Хирургическое лечение клапанных пороков сердца является эффективным средством выбора, призванным улучшить состояние пациента, а нередко и спасти его от смерти [1].