

(ГЭРБ без эзофагита) — 5 (5 %), гепатиты — 7 (7 %), постхолецистэктомический синдром (дисфункция сфинктера Одди, билиарный тип) — 4 (4 %), рак сигмовидной кишки — 2 (2 %), рак нижней трети желудка с диссеминацией — 1 (1 %), объемное образование правой доли печени — 1 (1 %), СРК — 3 (3 %), сепсис неустановленной этиологии — 1 (1 %), пострезекционное расстройство (резекция 2/3 желудка) — 1 (1 %), лимфопролиферативное заболевание с поражением лимфоузлов — 1 (1 %).

Вывод

В ходе проведенного исследования распространенность анемического синдрома в гастроэнтерологическом отделении составила 21,7 %. Значимо чаще развитию анемии были подвержены пациенты женского пола — 65 (65 %). Средний возраст исследуемых пациентов составил — М — 52,5 ± 16,88 лет. Согласно анализу лабораторных данных, отмечается преобладание гипохромных микроцитарных — 31 (31 %) и нормохромных нормоцитарных анемий — 39 (39 %), что характерно для железодефицитной анемии и анемии хронического заболевания соответственно. Анемия развивалась значительно чаще на фоне таких заболеваний желудочно-кишечного тракта, как: цирроз печени — 21 (21 %), воспалительные заболевания кишечника — 21 (21 %) и хроническая язва желудка и 12-перстной кишки — 11 (11 %). Преобладали пациенты с анемией легкой степени (73 %).

Таким образом, анемический синдром являющийся частым спутником большинства заболеваний органов пищеварения, нередко становится «маской» многих распространенных и тяжелых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Ключевым моментом диагностики является правильное и своевременное определение вида и причины развития анемии, что позволяет обеспечить адекватную коррекцию гематологических нарушений и улучшить качество и продолжительность жизни пациентов [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, П. А. Анемический синдром в клинической практике / П. А. Воробьев. — М.: Ньюмед, 2001. — 165 с.
2. Богданова, О. М. Клинико-гематологическая характеристика гипохромных анемий у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.05 / О. М. Богданова. — М., 2003. — 19 с.
3. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни (Internal diseases): учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.
4. Частота анемии среди больных гастроэнтерологического стационара / К. К. Носкова [и др.] // Экспер. и клин. гастроэнтерол. — 2011. — № 10:9. — С. 11.
5. Carmel, R. Anti-aging an overview of clinical, diagnostic and biological issues / R. Carmel // Blood Rev. — 2001. — Vol. 15. — P. 9-18.

УДК 616.12-008.318-073.97-053.81-055.1

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Петрошенко А. В., Юшкевич П. Е.

Научный руководитель: старший преподаватель Т. В. Алейникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) — метод, определяющий состояние общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, а также соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Оценка ВСР в программе холтеровского мониторирования (ХМ) проводится в режимах временного («time domain») и спектрального («frequency domain») анализа. Практическим преимуществом

пользуется метод временного анализа, как способ с наиболее отработанными клиническими интерпретациям [1, 2].

При исследовании «time domain» показателей ВСР оценивают разброс и концентрацию сердечного ритма. Функцию разброса сердечного ритма представляют показатели SDNN, SDNNi и SDANNi. У пациентов с основным синусовым ритмом функция разброса тестирует парасимпатический отдел регуляции вегетативной нервной системы. Показатель RMSSD характеризует способность синусового узла к концентрации сердечного ритма. При повышении частоты сердечных сокращений, на фоне усиления симпатических влияний, происходит уменьшение RMSSD, говорящее об усилении концентрации ритма, а при нарастании брадикардии, на фоне усиления тонуса вагуса, концентрация ритма снижается [1, 3]. Для молодых здоровых мужчин характерно преобладание вагусных влияний в структуре сердечного ритма, усиление разброса и снижение концентрации ритма [4]. Результаты анализа ВСР дают возможность выделить лиц с высоким и очень высоким напряжением регуляторных систем, с повышенным риском срыва адаптации и появления патологических отклонений и заболеваний.

Цель

Изучить временные («time domain») показатели ВСР молодых здоровых мужчин и оценить их динамику в двух возрастных группах.

Материал и методы исследования

На базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» был проведен анализ результатов ХМ 104 молодых здоровых мужчин в двух возрастных группах — 18–21 и 22–26 лет. При оценке ВСР изучены следующие показатели: SDNN (мс), SDANNi (мс), SDNNi (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%). Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели ВСР у молодых людей двух возрастных групп разделены по показателю нормы на три подгруппы, где границами нормы являются: для SDNN — 112–220 мс; для SDANNi — 122–214 мс; для SDNN index — 53–91 мс [5] и представлены в таблице 1.

По данным таблицы в младшей возрастной группе: показатель SDNN ниже нормы встречался у одного пациента (1,5 %), выше нормы — у 13 (19,1 %) пациентов; показатель SDANNi ниже нормы выявлен у 7 (10,3 %) пациентов, выше нормы — у 11 (16,2 %) пациентов; показатель SDNNi ниже нормы определен у 3 (4,4 %) пациентов, выше нормы у 15 (22,1 %). В старшей возрастной группе: показатель SDNN ниже нормы встречался у 3 (8,3%) пациентов, выше нормы — у 6 (16,7%) пациентов; показатель SDANNi ниже нормы выявлен у 11 (30,6 %) пациентов, выше нормы — у 5 (13,9 %) пациентов; показатель SDNNi ниже нормы встречался у 4 (11,1 %) пациентов, выше нормы — у 6 (16,7 %) пациентов.

Таблица 1 — Группы пациентов с различными показателями SDNN, SDANNi, SDNNi

Показатель		Возрастные группы			
		Младшая возрастная группа (18–21)		Старшая возрастная группа (22–26)	
		обследованных лиц	%	обследованных лиц	%
SDNN	Ниже нормы	1	1,5	3	8,3
	Норма	54	79,4	27	75,0
	Выше нормы	13	19,1	6	16,7
SDANNi	Ниже нормы	7	10,3	11	30,6
	Норма	50	73,5	20	55,5
	Выше нормы	11	16,2	5	13,9
SDNNi	Ниже нормы	3	4,4	4	11,1
	Норма	50	73,5	26	72,2
	Выше нормы	15	22,1	6	16,7
Всего пациентов		68	100	36	100

Группы пациентов с различными показателями рNN50 и RMSSD разделены на подгруппы по показателю границы нормы: для рNN50 — 6–28 мс; для RMSSD — 22–56 мс [5] и представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Группы пациентов с различными показателями рNN50 и RMSSD

Показатель		Возрастные группы			
		Младшая возрастная группа (18–21)		Старшая возрастная группа (22–26)	
		обследованных лиц	%	обследованных лиц	%
рNN50	Ниже нормы	4	5,9	5	13,9
	Норма	54	79,4	25	69,4
	Выше нормы	10	14,7	6	16,7
RMSSD	Ниже нормы	2	2,9	2	5,6
	Норма	39	57,4	23	63,8
	Выше нормы	27	39,7	11	30,6
Всего пациентов		68	100	36	100

По данным таблицы в старшей возрастной группе показатель рNN50 ниже нормы встречался в 13,9 % случаев, в младшей возрастной группе в 5,9 % случаев. Показатель рNN50 выше нормы в старшей возрастной группе (16,7 %) так же преобладал над младшей группой (14,7 %). Показатель RMSSD ниже нормы чаще отмечался в старшей возрастной группе (5,6 %) чем в младшей (2,9 %). Частота выявления показателя RMSSD выше нормы в младшей возрастной группе преобладала и составила 39,7 %, в старшей возрастной группе она была равна 30,6 %.

Выявлены значимые корреляции между величинами «time domain» BCP и возрастом обследованных: SDNN ($r = -0,2441$; $p = 0,0099$), SDANNi ($r = -0,2251$; $p = 0,017$), SDNNi ($r = -0,2292$; $p = 0,0155$), RMSSD ($r = -0,2118$; $p = 0,026$), рNN50 ($r = -0,321$; $p = 0,0006$).

Выводы

1. Временные показатели большинства здоровых молодых людей находятся в пределах нормы, однако более выраженное повышение показателей разброса сердечного ритма (SDNN, SDANNi, SDNNi) можно отметить у лиц младшей возрастной группы, по сравнению со старшей, что свидетельствует о преобладающем уровне парасимпатических влияний в структуре сердечного ритма.

2. Так же, об уровне парасимпатических влияний на ритм сердца можно судить по показателю рNN50. Снижение уровня парасимпатических влияний в младшей возрастной группе было выявлено в 5,9 % случаев, в то время, как в старшей снижение рNN50 наблюдалось у 13,9 % пациентов.

3. Повышение показателя RMSSD преобладает в младшей возрастной группе (39,7 %), что свидетельствует о снижении концентрации ритма на фоне преобладания парасимпатических влияний.

4. Анализ BCP у молодых обследуемых показал высокие адаптационные способности организма, что свидетельствует о низком риске возникновения различных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейникова, Т. В. Вариабельность сердечного ритма (обзор литературы) / Т. В. Алейникова // Проблемы здоровья и экологии. — №1 (31). — 2012. — С. 17–23.
2. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы и суточное мониторирование артериального давления: возможности метода, показания к проведению, интерпретация показателей: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 35 с.
3. Национальные российские рекомендации по применению методики Холтеровского мониторирования в клинической практике / Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций: В. Н. Комолятова [и др.]; председатель: проф. А. М. Макаров (Москва) // Российский кардиологический журнал. — 2014. — № 2. — С. 6–71.
4. Алейникова, Т. В. Оценка временных показателей variability сердечного ритма и особенностей циркадного профиля у молодых здоровых мужчин / Т. В. Алейникова // VIII Евразийский конгресс кардиологов онлайн трансляция (27–28 мая 2020 года). — М., 2020. — С. 61.
5. Демидова, М. М. Циркадная ритмика показателей variability сердечного ритма у здоровых обследуемых / М. М. Демидова, В. М. Тихоненко // Вестник аритмологии. — 2001. — № 23. — С. 61–66.