

УДК 616.155.194:616.33/.34-052

**АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**Оршанская В. О.**

**Научные руководители: старший преподаватель О. А. Ярмоленко;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

**Ведение**

По данным ВОЗ, анемией страдает около 2 млрд. человек. Чаще всего анемия — это не нозологическая форма, а клиническое проявление или осложнение других заболеваний. Анемия как самостоятельное заболевание крови составляет не более 6 % всех случаев [1–3]. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) вносит существенный вклад в формирование дефицитных анемий. По данным К. К. Носковой и соавт. [4], при оценке распространенности анемии среди пациентов, находящихся на обследовании и лечении в специализированном гастроэнтерологическом стационаре, частота выявления анемического синдрома составила 8,25–9,02 %.

**Цель**

Изучить структуру и распространенность анемического синдрома у пациентов гастроэнтерологического отделения.

**Материал и методы исследования**

В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ архивных историй болезни гастроэнтерологического отделения УЗ «Гомельская областная клиническая больница», за период с 01.01.2019–01.01.2020 гг.

**Результаты исследования**

В ходе ретроспективного анализа 461 истории болезни гастроэнтерологического отделения анемический синдром был выявлен у 100 (21,7 %) пациентов. Значимо чаще анемия встречалась у пациентов женского пола — 65 (65 %), в то время, как мужского — 35 (35,0 %) пациентов. Возрастная структура анемического синдрома составила: пациенты до 20 лет — 6 (6 %), 20–29 лет — 8 (8 %), 30–39 лет — 19 (19 %), 40–49 лет — 12 (12 %), 50–59 лет — 16 (16 %), 60–69 лет — 23 (23 %), 70–79 лет — 16 (16 %). Средний возраст пациентов —  $M = 52,5 \pm 16,88$  лет.

По степени тяжести значимо чаще встречались пациенты с анемией легкой степени тяжести — 73 (73 %), в свою очередь, со средней степенью анемии — 7 (7 %) пациентов и 20 (20 %) — с тяжелой степенью. При анализе эритроцитарных индексов анемии распределились следующим образом: 39 (39 %) пациентов с нормохромной нормоцитарной анемией, 8 (8 %) — с нормохромной микроцитарной, 2 (2 %) — с нормохромной макроцитарной, 31 (31 %) — с гипохромной микроцитарной, 17 (17 %) — с гипохромной нормоцитарной анемией соответственно. В отношении патогенеза, значимо чаще встречались пациенты с полифакторной анемией — 63 (63 %) пациентов, против 3 (3 %) пациентов с  $B_{12}$ -дефицитной анемией, 3 (3 %) — с постгеморрагической анемией и 31 (31 %) — с железодефицитной анемией.

В структуре заболеваний, ассоциированных с анемическим синдромом можно выделить следующие патологические состояния: воспалительные заболевания кишечника — 21 (21 %) случаев, хроническая язва желудка и 12-перстной кишки — 11 (11 %), полипы толстой кишки — 3 (3 %), гиперпластический полип желудка — 1 (1 %), дивертикулярная болезнь толстого кишечника — 2 (2 %) и диспепсии — 2 (2 %), циррозы печени — 21 (21 %), панкреатиты — 9 (9 %), гастропатии — 4 (4 %), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь без эзофагита

(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 —  $M = 52,5 \pm 16,88$  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