

ЛИТЕРАТУРА

1. Чазова, Е. И. Легочная гипертензия / И. Е. Чазова, Т. В. Мартынюк. — М.: Практика, 2015. — 928 с.
2. Национальные рекомендации по диагностике и лечению легочной гипертензии / А. Г. Мрочек [и др.]. — Минск, 2016. — 106 с.
3. Pulmonary veno-occlusive disease [Electronic resource] / European Respiratory Journal, 2009. — Mode of access : <https://erj.ersjournals.com/content/33/1/189>. — Date of access: 01.03.2021.
4. Hyperthyroidism and pulmonary hypertension [Electronic resource] / Department of Internal Medicine, Cortemaggiore, 2002. — Mode of access: [https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(01\)91260-0/pdf](https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(01)91260-0/pdf) — Date of access: 01.03.2021.
5. Hypertension in Thyroid Disorders [Electronic resource] / ed. E. Berta, I. Lengyel. — Front Endocrinol (Lausanne), 2019. — Mode of access.

**УДК 616.24-002:[616.98:578.834.1]-06
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ,
ВЫЗВАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ SARS-CoV-2**

Бибкин А. А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева,
старший преподаватель З. В. Грекова**

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

Введение

Инфекция COVID-19 с начала 2019 года явилась причиной вирусной пневмонии с тяжелым течением [1]. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), распространяемая вирусом SARS-CoV-2, стала вызовом системам здравоохранения всех стран мира. Коморбидные пациенты являются наиболее уязвимой группой, у которой риск неблагоприятных исходов особенно высок. Среди существующих сегодня систем оценки коморбидности одним из наиболее распространенных явился индекс Чарлсона, предложенный для оценки отдаленного прогноза больных. Индекс позволяет прогнозировать риск смерти в течение 10 лет у больного с отягощенным коморбидным фоном. Индекс Чарлсона представляет собой взвешенный показатель, который включает 19 различных медицинских категорий, каждая из которых взвешивается в соответствии с ее потенциальным влиянием на смертность [2].

Цель

Определить качественный и количественный состав сопутствующих заболеваний. Проанализировать индекс коморбидности у пациентов с пневмонией, вызванной SARS-CoV-2.

Материал и методы исследования

В анализ вошли данные истории болезни 105 пациентов (50 мужчин и 55 женщин), которые в период с 01.09.2020 по 28.02.2021 гг. находились на стационарном лечении на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» из терапевтического отделения. У всех пациентов диагноз пневмония COVID-19 был подтвержден с помощью ПЦР на вирус SARS-CoV-2. Наличие в медицинской документации указаний хотя бы на одно сопутствующее заболевание трактовалось как коморбидность. Все пациенты были разделены по возрасту на 3 группы согласно классификации ВОЗ: средний (45–59 лет), пожилой (60–74 лет), старческий (75–90 лет). Для качественной оценки коморбидности использовали индекс Чарлсона, который существует в виде калькулятора (Нью-Йорк, США) [3]. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

В 1-й группе — 23 пациента (10 (20 %) мужчин и 13 (24 %) женщин). Во 2-й группе — 45 пациентов (23 (46 %) мужчины и 22 (40 %) женщины). В третьей группе — 37 пациентов (17 (34 %) мужчин и 20 (36 %) женщин).

В таблице — 1 представлено количество сопутствующей патологии у пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией SARS-CoV-2, в зависимости от возрастной группы и половой принадлежности.

Таблица 1 — Сопутствующая патология у пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией SARS-CoV-2

Сопутствующие заболевания	1 группа		2 группа		3 группа	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Атеросклеротический кардиосклероз (АСКС)	3 (33,3%)	3 (23%)	12 (52,2%)	13 (59%)	7 (41,2%)	14 (70%)
Наджелудочковые тахикардии	2 (20%)	3 (23%)	7 (30,4%)	5 (22,7%)	3 (17,6%)	6 (30%)
ТЭЛА (мелких ветвей)	1 (10%)	1 (7,7%)	4 (17,4%)	3 (13,6%)	2 (11,8%)	3 (15%)
Стабильная стенокардия			1 (4,3%)	4 (18,2%)	2 (11,8%)	5 (25%)
Артериальная гипертензия (АГ)	4 (40%)	7 (54%)	10 (43,5%)	14 (63,6%)	6 (35,3%)	9 (45%)
Сердечная недостаточность (СН)	2 (20%)		6 (26%)	8 (36,4%)	7 (41,2%)	9 (45%)
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	2 (20%)	1 (7,7%)	5 (21,7%)		2 (11,8%)	1 (5%)
Сахарный диабет (СД) 2 типа	2 (20%)	2 (15,4%)	3 (13%)	6 (27,3%)		3 (15%)
Хроническая болезнь почек (ХБП)		1 (7,7%)	5 (21,7%)	8 (36,4%)	4 (23,5%)	4 (20%)
Цереброваскулярные заболевания (ОНМК, ДЭП)			3 (13%)	3 (13,6%)	5 (29,4%)	5 (25%)
Вирусный гепатит (ВГ)	1 (10%)		3 (13%)	1 (4,5%)	1 (5,9%)	
Полифакторная анемия	1 (10%)	4 (30,8%)	5 (21,7%)	2 (9%)	1 (5,9%)	2 (10%)
Атеросклероз артерий нижних конечностей			1 (4,3%)	1 (4,5%)	2 (11,8%)	
Злокачественные новообразования без метастазирования	3 (33,3%)	1 (7,7%)	3 (13%)	5 (22,7%)	2 (11,8%)	1 (5%)
Злокачественные новообразования с метастазированием		4 (30,8%)	2 (8,7%)	6 (27,3%)	2 (11,8%)	4 (20%)

У мужчин 1-й группы чаще встретилась: АГ — 40 %, АСКС и злокачественные новообразования без метастазирования (предстательная железа, легкие) — по 33,3 %. Реже встретились: наджелудочковые тахикардии, СН, ХОБЛ, СД 2 типа — по 20 % соответственно, а также ТЭЛА мелких ветвей, ВГ и полифакторная анемия — по 10 %.

У женщин 1-й группы чаще встретились: АГ у 54%, полифакторная анемия и злокачественные новообразования с метастазированием (молочная железа) — по 30,8 %. Реже встретились: АСКС и наджелудочковые тахикардии — по 23 %. СД 2 типа встретился у 15,4 %. ТЭЛА мелких ветвей, ХОБЛ, ХБП и злокачественные образования без метастазирования (молочная железа) — по 7,7 %.

У мужчин 2-й группы чаще встретились: АСКС — 52,2 %, АГ — 43,5 %, наджелудочковые тахикардии — 30,4 %. Реже встретились: СН — 26 %, полифакторная анемия, ХОБЛ и ХБП — по 21,7 %. ТЭЛА мелких ветвей встретилась —

17,4 %. СД 2 типа, цереброваскулярные заболевания (ОНМК, ДЭП), ВГ и злокачественные новообразования без метастазирования (толстый кишечник) — по 13 %. Злокачественные новообразования с метастазированием (толстый кишечник) — 8,7 % пациентов. Атеросклероз артерий нижних конечностей встретился — 4,3 %.

У женщин 2-й группы чаще встретились: АГ — 63,6 %, АСКС — 59 %, СН и ХБП — по 36,4 %. СД 2 типа и злокачественные новообразования с метастазированием (молочная железа) — по 27,3 %. Наджелудочковые тахикардии и злокачественные новообразования без метастазирования (молочная железа) — по 22,7 %. Стабильная стенокардия — 18,2 %. ТЭЛА мелких ветвей и цереброваскулярные заболевания (ОНМК, ДЭП) — по 13,6 %. Полифакторная анемия — 9 %. Атеросклероз артерий нижних конечностей и ВГ — по 4,5 %.

У мужчин 3-й группы чаще встретились: АСКС и СН — по 41,2 %, АГ — 35,3 % и цереброваскулярные заболевания (ОНМК, ДЭП) — 29,4 %. ХБП — 23,5 % пациентов. Наджелудочковые тахикардии — 17,6 %. ТЭЛА мелких ветвей, стабильная стенокардия, ХОБЛ, атеросклероз артерий нижних конечностей, злокачественные новообразования с метастазированием и без метастазирования (толстый кишечник) — по 11,8 %. Полифакторная анемия и ВГ — по 5,9 %.

У женщин 3-й группы чаще встретились: АСКС — 70 %, АГ и СН — по 45 %. Наджелудочковые тахикардии — 30 %. Стабильная стенокардия и цереброваскулярные заболевания (ОНМК, ДЭП) — по 25 %. ХБП и злокачественные новообразования с метастазированием (молочная железа, толстый кишечник) — по 20 %. ТЭЛА мелких ветвей и СД 2 типа — по 15 %. ХОБЛ и злокачественные новообразования без метастазирования (молочная железа) — по 5 %.

Индекс коморбидности Чарлсона пациентов терапевтического отделения и отделения интенсивной терапии и реанимации выраженный в баллах, представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Индекс коморбидности Чарлсона пациентов терапевтического отделения и отделения интенсивной терапии и реанимации

Индекс коморбидности Чарлсона пациентов терапевтического отделения					
1 группа		2 группа		3 группа	
Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
4 балла	4,2 балла	4,2 балла	4 балла	4,8 балла	4,4 балла
Индекс коморбидности Чарлсона пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации					
1 группа		2 группа		3 группа	
Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
6,7 балла	6 балла	6,8 балла	6,55 балла	6,8 балла	6,6 балла

Индекс коморбидности Чарлсона пациентов терапевтического отделения находится в пределах: у мужчин 4–4,8 баллов; у женщин 4,2–4,4 баллов. У пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации индекс коморбидности Чарлсона находится в пределах: у мужчин 6,7–6,8 баллов; у женщин 6–6,6 баллов.

Выводы

Среди всех 3-х групп заболевания системы кровообращения явились ведущими. Среди мужчин ведущей сопутствующей патологией стали: АГ, АСКС, СН и наджелудочковые тахикардии. Среди женщин ведущей сопутствующей патологией стали: АГ, АСКС, СН, полифакторная анемия, злокачественные новообразования с метастазированием и ХБП. Индекс коморбидности Чарлсона у пациентов терапевтического отделения и отделения интенсивной терапии и реанимации с увеличением возраста пациента имеет тенденцию к повышению своего значения у обоих полов, что может говорить об увеличении риска неблагоприятного прогноза. Ведения коморбидных состояний у пациентов, заболевших пневмонией, вызванной SARS-CoV-2, требует комплексного подхода при назначении терапии с учетом имеющегося коморбидного фона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Романов, Б. К. Коронавирусная инфекция COVID-2019. Безопасность и риск фармакотерапии / Б. К. Романов. — 2020. — Т. 8, № 1. — С. 3–8.
2. Маздзава, У. Влияние скорректированного по возрасту индекса коморбидности Чарльсона на краткосрочные и долгосрочные исходы лечения пациентов, перенесших лечебную гастрэктомию по поводу рака желудка / У. Маздзава, Т. Аояма, К. Кано // J Cancer, 2019. — Т. 10, № 22. — С. 5527–5535.
3. Charlson Comorbidity Index (CCI) [Internet]. Available from: <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci#creator-insights>.

УДК 616.155.194-074-053.2

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Бондарева Т. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Анемии широко распространены в детской популяции. Среди всех анемий в детском возрасте наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА) — 80–90 %. По данным экспертов ВОЗ распространенность ЖДА составляет от 47 % у детей младшего возраста до 25 % у подростков. Частота ЖДА среди различных возрастных групп детей в Республике Беларусь составляет от 12,2 до 33,3 % [1].

Железо — важнейший кофактор ферментов митохондриальной дыхательной цепи, цитратного цикла, синтеза ДНК. Оно играет важную роль в связывании и транспорте кислорода гемоглобином и миоглобином. Белки, содержащие железо, необходимы для метаболизма коллагена, катехоламинов, тирозина.

Железо является обязательным и незаменимым компонентом различных белков и ферментативных систем, обеспечивающих необходимый уровень системного и клеточного аэробного метаболизма, а также окислительно-восстановительного гомеостаза в организме в целом, что особенно важно для растущего организма ребенка.

Железо играет важную роль в поддержании высокого уровня иммунной резистентности организма, адекватное его содержание способствует полноценному функционированию факторов неспецифической защиты, клеточного и местного иммунитета [2,3].

Дефицит железа обуславливает прогрессирующее снижение уровня гемоглобина с развитием гипохромной анемии, а также ряд трофических нарушений со стороны кожи, нервной системы, органов желудочно-кишечного тракта, глаз, мочевыделительной и иммунной систем. Клинически дефицит железа сопровождается задержкой умственного и моторного развития, снижением активности иммунной системы [4].

В связи с этим своевременная диагностика, адекватное лечение и профилактика железодефицитных состояний (ЖДС) у детей является важной и актуальной задачей современной педиатрии.

Цель

Дать морфологическую характеристику железодефицитной анемии у детей в различных возрастных группах при первичной диагностике и после курса ферротерапии.