

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет
Белорусская медицинская академия последипломного образования



1985 – 2015

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Материалы научно-практической конференции, посвященной
30-летию УЗ «10-я многопрофильная клиническая больница»

28 мая 2015 года

группы проанализировано качество жизни пациентов с ЧКА 23 пациента (29%) в анамнезе и без выполнения. При этом все пациенты с ЧКА в анамнезе набрали менее 10 баллов, что соответствует минимальной и лёгкой степени изменений, в то время как пациенты без ЧКА из 57 человек 28 пациентов (49%) имели выраженную и среднюю степень выраженности изменений.

Заключение: проведенное исследование показало, что чаще стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий страдают мужчины, особенно имеющие факторы риска – АГ, гиподинамия, сахарный диабет (30%) и повышение ИМТ (40%). Изменения со стороны липидного спектра крови чаще не соответствовали изменениям со стороны сосудистой стенки, при этом показатели общего холестерина и триглицеридов часто остаются в пределах нормальных значений, в тоже время при КАГ регистрируется достоверно значимое стенозирование коронарных артерий, что в последующем приводит к развитию инфаркта миокарда, снижает качество жизни и усугубляет прогноз. Значимым механизмом развития ишемии миокарда, помимо стенозирующего атеросклероза коронарных артерий по-видимому, является их спазм, о чем свидетельствуют данные исследований I группы – наличие без гемодинамически значимых окклюзий коронарных артерий. Это может указывать на вазоспастическую или микроваскулярную стенокардию, а следовательно, требует улучшения и унификации подходов к их диагностике и специфическому лечению. Наиболее часто встречается стенозирующий атеросклероз левой коронарной артерии.

Оценка качества жизни пациентов в группах с проведенной КАГ с ЧКА и без ЧКА, свидетельствуют, что проведение ЧКА улучшает качество жизни пациентов, а также снижает потребность в нитратах на протяжении ближайших 5 и более лет. У пациентов с изолированно проведенной ТЛТ в анамнезе не всегда удавалось купировать боль и приходилось прибегать к ЧКА. После проведенного АКШ снижение потребности в нитратах, а также урежение болевых приступов отмечено у половины пациентов. У них оказались значительно менее выражены изменения на ЭКГ и ЭхоКГ, что естественно улучшает прогноз.

Выводы:

1. Характер болевого синдрома у больных с поражением коронарных артерий и без поражения клинически не позволяет достоверно отдифференцировать вид стенокардии и уточнить степень поражения коронарных артерий.

2. Во всех случаях упорного болевого синдрома необходимо как можно раньше проводить КАГ.

заболевания и его прогноз.

4. Липидный спектр сыворотки крови не всегда соответствует степени поражения коронарных артерий и не может служить абсолютным критерием ее диагностики.

5. Особое внимание следует обращать на диагностику атеросклероза коронарных артерий у мужчин пожилого возраста с АГ, сахарным диабетом и повышенным ИМТ.

6. Изолированно проведенная ТЛТ не всегда эффективна, нередко не купирует полностью болевой синдром и требует дополнительно спазмолитической или подготовленной ЧКА.

7. В перспективе КАГ должна быть первоочередным исследованием у всех больных ИБС с последующим выполнением при необходимости ЧКА или АКШ.

8. Раннее проведение КАГ и ЧКА значительно улучшает качество жизни больных ИБС, позволяет снизить количество медикаментов, уменьшает количество госпитализаций, снижает инвалидизацию, даёт экономический эффект.

Литература

1. Крюков Н.Н. Ишемическая болезнь сердца. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы / Н.Н. Крюков, В.П. Поляков, Е.Н. Николаевский.– Макет ООО «ИПК «Содружество», 2010.–651 с.
2. Марков В.А. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда / В.М. Марков, Е.В. Вышлов – НИИ кардиологии СО РАМН: Макет STT, 2011.– 148 с.
3. Митьковская Н.П. Тромболитис на амбулаторном этапе / Н.П. Митьковская, Э.В. Козырев, О.А. Шаранова, А.Н. Мороз // Кардиология в Беларуси.–2010.–№1 (08) – С.13-26.
4. Нестеров Ю.И. Атеросклероз: диагностика, лечение, профилактика. Ростов-на-Дону.–2007.–с. 3.
5. Нгуен Т.Н. Интервенционная кардиология. Практическое руководство / Т.Н. Нгуен – М.: Медицинская литература, 2013.– 376 с.

КОМОРБИДНОСТЬ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Панкратова Ю.Ю.¹, Алексейчик С.Е.¹, Семенова А.В.¹, Санкович Е.В.², Рудая Е.Г.², Крючкова А.М.², Борисова Т.Б.², Мазур В.В.², Поланцевич Д.В.²

Согласно Н.С. Крамер и М. Van den Akker, коморбидность – сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний [1, с. 721; 2, с. 65]. Коморбидность широко распространена среди пациентов, госпитализированных в терапевтические стационары. Она оказывает влияние на прогноз для жизни, увеличивает вероятность летального исхода. Соответственно, наличие коморбидных заболеваний способствует увеличению количества койко-дней, инвалидизации, препятствует проведению реабилитации [3, с. 5].

Цель: оценить влияние коморбидности и некоторых лабораторных показателей на исход заболевания у пациентов с тяжелой патологией органов дыхания.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 75 историй болезни пациентов с тяжелой патологией респираторной системы, находившихся на лечении в отделениях пульмонологии № 1, 2, реанимации 10-й ГКБ в 2013-2014 гг. В ходе исследования были сформированы две группы. Первую составили 45 пациентов с летальным исходом. При оценке коморбидности у них учитывались данные анамнеза и заключительный патологоанатомический диагноз. Во вторую группу вошли 30 пациентов, получавшие лечение в отделении реанимации и в дальнейшем переведенные в пульмонологическое отделение с положительной динамикой. У них оценка коморбидности проводилась с учетом окончательного диагноза при выписке, данных лабораторно-инструментальных исследований.

Использовали индексы коморбидности, рассчитанные по Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), Kaplan-Fenstein и Charlson [3, с. 5; 4, с.78]. Статистический анализ проводился при помощи программы «BIOSTAT». Для сравнительного анализа использовались параметрические (критерий Стьюдента (t)) и непараметрические методы (критерий z). Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты. В обеих группах преобладали мужчины. Однако в группе 1 мужчин было достоверно больше (86,7%), чем в группе 2 (63,3%) ($z=2,09$; $p<0,05$). Корреляционный анализ выявил связь между полом и исходом заболевания ($r_s=0,27$; $p<0,05$; $n=75$), что подтверждает включение во многие шкалы мужской пол как дополнительный фактор риска неблагоприятного исхода заболевания.

Пациенты первой группы были старше ($t=2,2$; $p<0,05$). Средний возраст у них составил 66 ± 14 , а во второй – 58 ± 17 лет. Закономерно, на наш взгляд,

По результатам вскрытия у умерших пациентов с тяжелой патологией органов дыхания, смерти преобладали злокачественные новообразования органов дыхания, тяжелое течение пневмонии и обострение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), бактериальная деструкция лёгких. У пациентов второй группы выявлены преимущественно тяжёлое течение пневмонии и обострение ХОБЛ. Умершие пациенты имели более высокие баллы коморбидного профиля по шкале CIRS ($14,8\pm 3,8$ и $10,2\pm 5,0$, соответственно, $t=4,6$; $p<0,05$). Также нами выявлена корреляционная связь между индексом CIRS и исходом ($r_s=0,35$; $p<0,05$; $n=75$). Аналогичные данные получены при расчете индекса Kaplan-Fenstein, при этом обнаружена ещё более тесная корреляционная связь между коморбидностью и исходом заболевания ($r_s=0,85$; $p<0,000001$; $n=75$). Наименее информативным оказался индекс Charlson, не выявивший различий между группами.

При анализе лабораторных данных у пациентов первой группы выявлена более выраженная гипокоагуляция: отмечалось удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) ($t=2,1$; $p<0,05$), тенденция к снижению концентрации фибриногена и удлинению тромбинового времени. Обнаружены корреляционные связи между АЧТВ ($r_s=0,59$; $p<0,001$; $n=50$), концентрацией фибриногена ($r_s=-0,84$; $p<0,00001$; $n=40$), тромбиновым временем ($r_s=0,87$; $p<0,0001$; $n=40$) и исходом заболевания.

Заключение:

1. Коморбидность влияет на исход заболевания. Чем выше коморбидный статус, тем выше риск летального исхода. Наиболее информативен индекс Kaplan-Fenstein.
2. Предикторы неблагоприятного исхода – мужской пол, пожилой возраст, гипокоагуляция.

Литература

1. Kraemer, N. C. Statistical issues in assessing comorbidity // Stat. Med. – 1995. – vol. 14. – P. 721-723.
2. Van den Akker, M. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // Eur. J. Gen. Pract. – 1996 – vol. 2 (2). – P. 65-70.
3. Вёрткин, А.Л. Коморбидность в клинической практике. Часть 1 // Архив внутренней медицины. – 2011. – № 1. – С. 5-6.
4. Вёрткин, А.Л. Коморбидность (часть 2) // Лечащий врач. – 2013. – № 8. – С. 78.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МИНСКА