

тельствует о том, что большинство из них близки со значениями контрольной группы крысят. Так, диаметр ацинусов в контрольной группе – $28,51 \pm 0,21$ мкм, в опытной – $29,21 \pm 0,25$ мкм ($p > 0,05$); высота экзокринных панкреатоцитов соответственно $12,43 \pm 0,10$ мкм и $12,89 \pm 0,19$ мкм ($p > 0,05$); диаметр их ядер $5,60 \pm 0,15$ мкм и $5,60 \pm 0,18$ мкм ($p > 0,05$). Приближается к нормальным показателям митотический индекс секреторных клеток опытных крысят. Границы их четкие. Тинкториальные свойства цитоплазмы и ядер хорошо выражены.

Вывод. Экспериментальный холестаз, развившийся у беременных самок в период фетогенеза, не вызвал выраженных изменений структурных параметров ацинусов поджелудочной железы 15-суточного потомства второго поколения крыс.

РИСКИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Максимович А.А., Максименко П.Н., Карпович Ю.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – ассист. Карпович Ю.Л.

Актуальность. Пероральные антикоагулянты – производные кумарина являются ключевым компонентом современной антитромботической терапии при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. В мировой клинической практике наибольшую популярность приобрел варфарин, который входит в десятку самых часто назначаемых сердечно-сосудистых препаратов и традиционно рассматривается в качестве «золотого стандарта» при исследовании эффективности новых пероральных антикоагулянтов. Учитывая ряд вероятных жизнеугрожающих осложнений, сопровождающих терапию варфарином, необходимо внедрять в клиническую практику основные шкалы для уточнения возможности применения антикоагулянтов, особенно у пациентов с коморбидной патологией. [1,2]

Цель работы: оценить возможность и необходимость назначения варфарина у пациентов с коморбидной патологией и высоким риском тромбоэмболии.

Материалы и методы. Обследовано 75 пациентов с различной сердечной патологией (пороки сердца, фибрилляция предсердий, тромбоэмболия легочной артерии) нуждающиеся в приеме антикоагулянтов, из них 40 женщин (медиана возраста – 62,8 [61,4; 64,5] лет), 35 мужчин (медиана возраста – 69,3 [66,4; 71,5]). Были использованы 3 шкалы (шкала CHA2DS2-VASc, шкала HAS-BLED, шкала SAME-TT2R2), связанные непосредственно с приемом варфарина, и индекс Чарлсона – для оценки выживаемости пациента с коморбидной патологией. С помощью шкалы CHA2DS2-VASc определяли риск тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий. Для выявления риска развития кровотечения использовалась шкала HAS-BLED, а для оценки возможности

достижения адекватной антикоагуляции при применении антагонистов витамина К - шкалу SAMeTT2R2. Индекс коморбидности Чарлсона применялся для расчета прогноза выживаемости пациентов в ближайшие 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные отражены в таблице 1.

Таблица 1. – Основные данные, полученные при обследовании пациентов

Пол	Шкала CHA2DS2-VASc ≥ 2	Шкала HAS-BLED ≥ 3	Шкала SAMe-TT2R2 < 2
женщины	35	20	4
мужчины	40	27	4

Отличие индекса Чарлсона – возможность оценки возраста пациента и определения смертности пациентов, которая при отсутствии коморбидности составляет 12%, при 1-2 баллах — 26%, при 3-4 баллах — 52%, а при сумме более 5 баллов — 85%. Так среди обследованных мужчин индекс более 3 (выживаемость ближайшие 10 лет 50% и менее) определялся у 28 обследованных, среди женщин – у 38.

По шкале CHA2DS2-VASc рассчитано, что 75 пациентов (35 мужчины и 40 женщин) имеют высокий риск возникновения тромбоемболических осложнений (риск считается высоким при 2 и более баллах) в связи с чем им был рекомендован прием варфарина. По HAS-BLED оказалось, что 47 пациентов (20 мужчин и 27 женщин) имеют высокий риск кровотечений при проведении антикоагулянтной терапии (риск кровотечения оценивают как высокий при 3 и более баллах). При этом варфарин принимают 38 пациентов (22 мужчины и 16 женщин). Согласно шкале SAMe-TT2R2 почти у всех пациентов вероятность адекватной гипокоагуляции антагонистами витамина К низкая.

Выводы. Несмотря на то что долгие годы непрямые антикоагулянты считались препаратами выбора при ФП, на практике их получали не более половины нуждающихся в них больных. В Московской области, например, непрямые антикоагулянты получают только 16% пациентов, нуждающихся в этой терапии. А среди тех, кто получает варфарин, МНО в рекомендованном диапазоне от 2 до 3 определяется всего лишь у 4% больных. Эта ситуация обусловлена тем, что врачи часто боятся геморрагических осложнений при лечении варфарином. Действительно, варфарин очень хорошо изучен, но лечить им больных сложно. Препарат имеет узкое терапевтическое окно, его эффект непредсказуем, медленно развивается и так же медленно прекращается. Существует множество факторов, способных как ослабить, так и усилить эффект варфарина. Среди них не только генетические особенности, сопутствующие заболевания, злоупотребление алкоголем и острая алкогольная интоксикация, но и терапия, которую получают пациенты по каким-либо другим поводам. Изменять уровень МНО, повышая или снижая его, способны 180 препаратов. Варфарин мо-

жет взаимодействовать и с пищевыми продуктами. Необходимость корректировать недельную дозу в зависимости от определяемого уровня МНО может привести к чередованию приема препарата в дозе 2,5 и 5 мг в разные дни недели. Такой режим терапии трудно поддерживать, особенно пациентам пожилого возраста. Более того, необходимость постоянного контроля антикоагулянтного эффекта, контроля уровня МНО означает регулярное посещение поликлиники и лаборатории, что проблематично для многих пациентов. Все эти особенности применения варфарина не свидетельствуют в его пользу при выборе тактики ведения пациента, нуждающегося в антикоагулянтах. Несмотря на то что долгие годы непрямые антикоагулянты считались препаратами выбора при ФП, на практике их получали не более половины нуждающихся в них больных. В Московской области, например, непрямые антикоагулянты получают только 16% пациентов, нуждающихся в этой терапии. А среди тех, кто получает варфарин, МНО в рекомендованном диапазоне от 2 до 3 определяется всего лишь у 4% больных. Эта ситуация обусловлена тем, что врачи часто боятся геморрагических осложнений при лечении варфарином. Действительно, варфарин очень хорошо изучен, но лечить им больных сложно. Препарат имеет узкое терапевтическое окно, его эффект непредсказуем, медленно развивается и так же медленно прекращается. Существует множество факторов, способных как ослабить, так и усилить эффект варфарина. Среди них не только генетические особенности, сопутствующие заболевания, злоупотребление алкоголем и острая алкогольная интоксикация, но и терапия, которую получают пациенты по каким-либо другим поводам. Изменять уровень МНО, повышая или снижая его, способны 180 препаратов. Варфарин может взаимодействовать и с пищевыми продуктами. Необходимость корректировать недельную дозу в зависимости от определяемого уровня МНО может привести к чередованию приема препарата в дозе 2,5 и 5 мг в разные дни недели. Такой режим терапии трудно поддерживать, особенно пациентам пожилого возраста. Более того, необходимость постоянного контроля антикоагулянтного эффекта, контроля уровня МНО означает регулярное посещение поликлиники и лаборатории, что проблематично для многих пациентов. Все эти особенности применения варфарина не свидетельствуют в его пользу при выборе тактики ведения пациента, нуждающегося в антикоагулянтах. Варфарин имеет узкое терапевтическое действие, его эффект непредсказуем, медленно развивается и так же медленно прекращается. Существует множество факторов, способных как ослабить, так и усилить эффект варфарина, среди них не только генетические особенности, сопутствующие заболевания, злоупотребление алкоголем и курением, но и терапия, которую получают пациенты по сопутствующей патологии, а также пищевые продукты. Сложность применения варфарина в том, что необходимо корректировать недельную дозу в зависимости от определяемого уровня МНО, такой режим терапии трудно поддерживать, особенно пациентам пожилого возраста. Более того, не-

обходимость постоянного контроля антикоагулянтного эффекта, контроля уровня МНО означает регулярное посещение поликлиники и лаборатории, что проблематично для многих пациентов. При этом по полученным данным чем выше значения индекса Чарлсона (коморбидности), тем выше риск кровотечений и тромбоза. При выборе тактики ведения пациентов с коморбидной патологией необходимо учитывать перечисленные особенности, опираться на данные шкал CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED, а также учитывать баллы шкалы SAMe-TT₂R₂ для выявления пациентов с предпочтительным назначением новых пероральных антикоагулянтов.

Литература

1. Нургазизова, А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность» / А.К.Нургазизова // Казанский медицинский журнал. – 2014. - №2. – с 292-296.

2. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS// European heart journal. - 2016. - Volume 37.

СПОСОБЫ СЛОВООБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Малкова К.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель-м. пед. н., преподаватель Шевчик-Гирис Е.М.*

Современному человеку тяжело скрыться от переживаний и стресса. День ото дня здоровье как психическое, так и физическое подвергается негативному влиянию извне: семейные скандалы, работа, конфликты, личные переживания.

Актуальность данной темы связана с ростом влияния невротических заболеваний в обществе, обменом опытом с зарубежными специалистами, желанием повысить интерес к вопросу словообразования терминологии невротических и соматоформных расстройств.

Цель исследования: систематизировать основные тенденции и определить наиболее рациональные способы словообразования современных медицинских терминов невротических и соматоформных расстройств.

Методы и материалы исследования: описательный метод, сравнительный анализ, статистический метод, сопоставительный метод.

Материалом послужила терминология, обозначающая невротические расстройства.

Результаты. В ходе исследования был проведен анализ 254 терминов, обозначающих невротические расстройства типа «фобии» (как наиболее распространенный класс расстройств). Было обнаружено, что большую часть составляют термины, имеющие в своей структуре латинскую составляющую; затем следуют термины греческого и английского происхождения.