

ет надежно фиксировать отломки в анатомически правильном положении, восстанавливать физиологию пазухи и устранять косметические дефекты.

Всем больным с переломом костных стенок лобной пазухи со смещением костных отломков от 3 мм и более целесообразно проведение хирургического вмешательства, объем и характер которого зависит от степени смещения и количества костных отломков, в послеоперационном периоде необходимо назначение антибактериальной терапии (цефалоспоринов III поколения) и деконгестантов.

Оптимальный срок для хирургического лечения до 5–6 суток с момента травмы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М.: Антидор, 1998. — Т. 1; 2001. — Т. 2; 2002. — Т. 3.

2. Способы пластики передней стенки лобной пазухи в остром периоде травмы / Н.Л. Кунельская [и др.] // Приложение к Вестн. оториноларингологии: материалы V Всерос. научн.-практ. конференции оториноларингологов. — М., 2006. — С. 241–242.

УДК 616.831-005.1:616.127-005.8-036.11

## ИНСУЛЬТ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Козлов А. В.*

Научный руководитель: *Д. И. Гавриленко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Инсульт как осложнение инфаркта миокарда может иметь пагубное и длительное влияние на течение болезни [2]. Кратковременная антикоагуляция снижает частоту осложнений, но следует помнить, что не всех больных стоит подвергать риску антикоагуляции во избежание не столь частых осложнений [1].

К побочным явлениям антикоагуляционной терапии относятся: тромботический церебральный инсульт, кровотечения ЖКТ, легочные кровотечения, геморрагические диатезы, кровоизлияния в кожу и мышечную ткань [1].

### *Цель*

Оценка риска развития острых нарушений мозгового кровообращения в раннем постинфарктном периоде.

### *Материалы и методы исследования*

Проанализированы истории болезни 149 пациентов ГОККД. Антикоагуляционная терапия которым проводилась согласно действующим протоколам МЗ РБ [3].

Энзимы сыворотки регистрировались в течение 4 дней у 149 пациентов (мужчины — 84, женщины — 65), госпитализированных с диагнозом острый инфаркт миокарда за период 2008–2009 гг. Инсульт был зарегистрирован при остром развитии новых неврологических симптомов, которые сохранялись в течение 48 ч. Медиана возраста составила 53 (47; 59) года. Данные обработаны с помощью программы «Statistica» 8.0 и Microsoft Excel. Использовались методы непараметрической статистики.

### *Результаты исследования и их обсуждение*

В таблице 1 приведены средние уровни энзимов сыворотки крови пациентов.

Таблица 1 — Средние уровни энзимов сыворотки крови пациентов

Пол	КФК Ед/л	АЛТ Ед/л	АСТ Ед/л	Р
Мужчины	84	60	55	0,550
Женщины	65	49	48	0,550

У всех пациентов исследуемой группы были повышены уровни энзимов в крови.

На начальных стадиях проведения антикоагуляционной терапии были выявлены нарушения со стороны нервной системы у 95 человек (таблица 2).

Таблица 2 — Возникновение неврологической симптоматики от начала антикоагуляционной терапии

Время от начала антикоагуляционной терапии	Нарушения со стороны ЦНС	Количество пациентов
30 минут	Парестезии, головокружения	84
50 минут	Тошнота, рвота	70
1 час	Неустойчивость в позе Ромберга, снижения мышечного тонуса, асимметрия лиц	65
1 час 15 минут	Появление патологических рефлексов, прекращение антикоагуляционной терапии	54

Таким образом, у подавляющего большинства была зарегистрирована симптоматика характерная для развития ОНМК. У 54 человек диагностирован инсульт головного мозга.

#### **Выводы**

1. Риск возникновения инсульта после перенесенного инфаркта миокарда зависит напрямую от концентрации энзимов в крови (размер инфаркта).

2. Проведение антикоагуляционной терапии под контролем уровней КВК, АЛТ, АСТ.

3. Проведение АК терапии совместно с неврологом.

4. Для избежания возникновения осложнений со стороны ЦНС необходимо проведение КТ головного мозга.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гасилин, В. С. Сердечно-сосудистые заболевания / В. С. Гасилин, Б. А. Сидоренко. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1999. — 150–240 с.
2. Conti C.R. — Amer. Heart. J., — 2004. — 120–193 с.
3. Протоколы оказания экстренной помощи в кардиологии МЗ РБ от 2014 года.

УДК 616.447

## **ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ**

*Козловская Т. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент М. П. Каплиева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Частота гиперпаратиреоза во многих странах различна и зависит от скрининговых программ, направленных на его выявление. По данным различных авторов частота выявления гиперпаратиреоза колеблется от 1:500 до 1:2000 населения в зависимости от пола и возраста. В Швеции проводилось скрининговое обследование всего населения и указывалось, что заболеваемость составила 1:200. Ежегодная заболеваемость: 0,4–18,8 случаев на 10 тыс. чел. Пик заболеваемости приходится на 60–70 лет. У женщин первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) выявляется в 3–4 раза чаще, чем у мужчин. Во многих странах Содружества Независимых Государств (СНГ) гиперпаратиреоз практически не диагностируется, больным проводится длительное лечение заболеваний, являющихся не самостоятельными, а его следствиями (нефрокальциноз, остеопороз, холелитиаз, язва желудка и двенадцатиперстной кишки) [1].