

Выводы

Средний возраст пациентов с нарушениями ритма сердца при остром инфаркте миокарда у лиц мужского пола составляет 61,4 года, когда у лиц женского пола средний возраст при данной патологии составляет 73 года.

Наиболее часто встречающимися нарушениями сердечного ритма при остром инфаркте миокарда являются суправентрикулярная и (или) желудочковая экстрасистолия — 16 (53,3 %) пациентов из общей исследуемой группы.

Суправентрикулярная и (или) желудочковая экстрасистолия в общей исследуемой группе чаще встречается у лиц в возрастном диапазоне от 46 до 65 лет — 13 (81,3 %) пациентов, у которых были выявлены данные нарушения сердечного ритма. А фибрилляция предсердий в общей исследуемой группе чаще встречается у лиц в возрастном диапазоне от 66 до 85 лет — 6 (75 %) пациентов, у которых наблюдалось данное нарушение сердечного ритма. Следовательно, у лиц более молодого возраста встречаются такие нарушения сердечного ритма при инфаркте миокарда в остром периоде, как суправентрикулярная и (или) желудочковая экстрасистолия, когда фибрилляция предсердий характерна для лиц более старшего возраста.

У лиц мужского пола наиболее часто встречаются такие нарушения сердечного ритма, как суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия. В свою очередь, у лиц женского пола преобладает такое нарушение сердечного ритма, как фибрилляция предсердий.

Можно отметить, что в двух исследуемых группах часто встречаются такие сопутствующие заболевания, как артериальная гипертензия, наличие избыточной массы тела и ожирения первой степени у лиц как мужского, так и женского пола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Самбет, Ш. А. Нарушения ритма и проводимости сердца при остром инфаркте миокарда / Ш. А. Самбет // Международный медицинский журнал «ВЕСТНИК НАУКИ». 2020. № 12. С. 139–145.
2. Радха, Б. Фибрилляция предсердий у больных с инфарктом миокарда нижней локализации / Б. Радха, С. А. Сайганов, Т. Ю. Громыко // Вестник Северо-западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2015. № 7. С. 46–52.

УДК 616.36-004:[616.98:578.834.1]-074

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПРИ СОЧЕТАНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ИНФЕКЦИИ COVID-19

Дедова А. Ю., Шпаковская А. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Цирроз печени — это хроническое, полиэтиологическое, диффузное заболевание, которое характеризуется прогрессирующим протеканием с поражением паренхимы печени и ее интерстициальной ткани на замещение соединительной тканью, а также разрастанием, нарушением архитектоники печени и развитием печеночно-клеточной недостаточности.

В настоящее время рассматривается несколько возможных механизмов прогрессирования поражения печени у пациентов при сочетании цирроза печени и инфекции COVID-19 [1, 2]. Первым возможным механизмом является прямое повреждающее действие вируса. Известно, что экспрессия рецептора АПФ2 в холангиоцитах повышена, что указывает на то, что вирус может напрямую

связываться с АПФ2-позитивными холангиоцитами и вызывать дальнейшее повреждение печени. Следующим возможным механизмом является иммуноопосредованное воспаление при тяжелых формах COVID-19, что также способствует дальнейшему прогрессированию цирроза печени [3]. В свою очередь, гипоксия, связанная с пневмонией, также может способствовать прогрессированию цирроза печени. Другими механизмами повреждения печени являются интоксикационный синдром и прием таких гепатотоксичных лекарственных средств, как нестероидные противовоспалительные препараты, парацетамол, противовирусные средства [2, 3].

Цель

Провести сравнительный анализ лабораторных показателей у пациентов с циррозом печени и при сочетании цирроза печени и инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования

Были изучены 40 историй болезней пациентов с циррозом печени. У 20 пациентов основным диагнозом был цирроз печени, у 20 пациентов было два конкурирующих диагноза: «Коронавирусная инфекция COVID-19, двусторонняя полисегментарная пневмония» и «Цирроз печени». Пациенты проходили стационарное лечение в терапевтическом и токсикологическом отделениях в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период февраль — ноябрь 2021 года. Изучались следующие показатели: АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, креатинин, мочевины, калий, натрий, хлор, С — реактивный белок, АДГ, показатели коагулограммы (АЧТВ, протромбиновый индекс, МНО, фибриноген, тромбиновое время).

Результаты исследования были обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

Среди исследуемой группы 20 (50 %) — пациенты с циррозом печени (группа 1), 20 (50 %) — пациенты с сочетанием цирроза печени и инфекции COVID-19 (группа 2).

При исследовании биохимического анализа крови было выявлено, что в группе 1 среднее значение биохимического показателя АЛТ составило $75,45 \pm 10,181$ ед./л, когда в группе 2 — $95,45 \pm 19,951$ ед./л, что больше значения группы 1 на 21 %. Среднее значение биохимического показателя АСТ в группе 1 составляет $138,15 \pm 27,321$ ед./л, когда в группе 2 оно равно $148,6 \pm 17,685$ ед./л, что больше значения группы 1 на 7,1 %. В группе 1 среднее значение биохимического показателя билирубина составляет $66 \pm 11,063$ мкмоль/л, когда в группе 2 — $103,7 \pm 25,776$ мкмоль/л, что больше значения группы 1 на 36,4 %. Среднее значение биохимического показателя альбумина в группе 1 составляет $35,39 \pm 2,174$ г/л, когда в группе 2 оно равно $29,78 \pm 1,53$ г/л, что меньше значения группы 1 на 15,8 %. В группе 1 среднее значение биохимического показателя креатинина составляет $95,85 \pm 7,602$ мкмоль/л, когда в группе 2 — $114,4 \pm 10,566$ мкмоль/л, что больше значения группы 1 на 16,2 %. Среднее значение биохимического показателя мочевины в группе 1 составляет $8,83 \pm 1,111$ ммоль/л, когда в группе 2 оно равно $15,82 \pm 5,154$ ммоль/л, что больше значения группы 1 на 44,2 %. В группе 1 среднее значение биохимического показателя калия составляет $4,55 \pm 0,154$ ммоль/л, когда в группе 2 — $4,62 \pm 0,221$ ммоль/л, что больше значения группы 1 на 1,5 %. Среднее значение биохимического показателя натрия в группе 1 составляет $141,78 \pm 0,88$ ммоль/л, когда в группе 2 оно равно $141,6 \pm 1,143$ ммоль/л. В группе 1 среднее значение биохимического показателя хлора составляет $105,78 \pm 1,107$ ммоль/л, когда в группе 2 — $107 \pm 1,235$ ммоль/л, что больше значения группы 1 на 1,3 %. Среднее значение биохимического показателя С-реактивного белка в группе 1 составляет $30,4 \pm 23,4$ мг/л, когда в группе 2 оно равно $64,34 \pm 10,566$ мг/л, что больше значения группы 1

на 52,8 %. В группе среднее значение биохимического показателя АЛТ составляет $604,94 \pm 83,151$ ед./л, когда в группе 2 — $629,86 \pm 72,534$ ед./л, что больше значения группы 1 на 4%. Биохимические показатели отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительный анализ биохимических показателей у пациентов с циррозом печени в сочетании с инфекцией COVID-19 и пациентов с циррозом печени без инфекции COVID-19

Лабораторный показатель	Цирроз печени и COVID-19	Цирроз печени
АЛТ	$95,45 \pm 19,95$ Ед/л*	$75,45 \pm 10,18$ Ед/л
АСТ	$148,6 \pm 17,69$ Ед/л	$138,15 \pm 27,32$ Ед/л
Билирубин	$103,7 \pm 25,78$ мкмоль/л*	$66 \pm 11,06$ мкмоль/л
Альбумин	$29,78 \pm 1,53$ г/л	$35,39 \pm 2,17$ г/л
Мочевина	$15,82 \pm 5,15$ ммоль/л*	$8,83 \pm 1,11$ ммоль/л
Креатинин	$114,4 \pm 10,57$ мкмоль/л*	$95,85 \pm 7,6$ мкмоль/л
Калий	$4,62 \pm 0,22$ ммоль/л	$4,55 \pm 0,15$ ммоль/л
Натрия	$141,6 \pm 1,14$ ммоль/л	$141,78 \pm 0,88$ ммоль/л
Хлор	$107 \pm 1,24$ ммоль/л	$105,78 \pm 1,1$ ммоль/л
С-реактивный белок	$64,34 \pm 10,57$ мг/л*	$30,4 \pm 23,4$ мг/л
АЛТ	$629,86 \pm 72,53$ Ед/л	$604,94 \pm 83,15$ Ед/л

* — $p < 0,05$.

Таким образом, при сочетании цирроза печени и инфекции COVID-19 достоверно повышаются такие показатели, как АЛТ и билирубин, что указывает на дополнительное цитотоксическое действие вируса на гепатоциты и требует усиления гепатопротекции. У пациентов с инфекцией COVID-19 достоверно нарушена функция почек, что создает дополнительный риск развития гепatorenального синдрома. С-реактивный белок при коронавирусной инфекции достоверно повышен, что является логичным фактом, создаёт угрозу развития реактивного гепатита.

При исследовании коагулограммы было выявлено, что в группе 1 среднее значение показателя АЧТВ составляет $34 \pm 1,127$ с, когда в группе 2 оно равно $35,65 \pm 1,498$ с, что больше значения группы 1 на 4,7 %. Среднее значение показателя ПТИ составляет $0,83 \pm 0,0255$ %, когда в группе 2 — $0,86 \pm 0,026$ %, что больше показателя группы 1 на 3,5 %. В группе 1 среднее значение показателя МНО составляет $1,39 \pm 0,0584$, когда в группе 2 оно равно $1,45 \pm 0,066$, что больше показателя группы 1 на 4,2 %. Среднее значение показателя ТВ в группе 1 составляет $14,8 \pm 1,325$ с, когда в группе 2 — $15,2 \pm 0,792$ с, что больше показателя группы 2 на 2,7 %. В группе 1 среднее значение показателя фибриногена составляет $2,68 \pm 0,191$ г/л, когда в группе 2 оно равно $3,47 \pm 0,363$ г/л, что больше показателя группы 1 на 22,8 %, что достоверно больше ($p = 0,048$) и отражает системную воспалительную реакцию. Однако выраженное повышение фибриногена (более 5 г/л) у пациентов практически не встречалось и риск развития тромботических осложнений был не такой высокий по сравнению с пациентами с тяжелым течением инфекции COVID-19 без патологии печени.

Выводы

У пациентов при сочетании цирроза печени и инфекции COVID-19 уровни биохимических показателей АЛТ и АСТ выше, чем у пациентов только с циррозом печени, что свидетельствует о выраженном процессе цитолиза. Таким пациентам требуется дополнительная гепатопротекция, например, назначение урсодезоксихолиевой кислоты в терапевтических дозах.

В сравнении с пациентами с циррозом печени, у пациентов при сочетании цирроза печени и инфекции COVID-19 было отмечено значительное повышение мочевины, креатинина, так как у пациентов с COVID-19 в разгар воспаления и «цитокиновой бури» происходит снижение фильтрационного давления и скоро-

сти клубочковой фильтрации, с параллельным уменьшением интенсивности почечного кровотока, что может объяснять поражение почек и увеличивает риск гепаторенального синдрома [4].

В свою очередь, при исследовании коагулограммы было выявлено, что у пациентов при сочетании цирроза печени и инфекции COVID-19, в сравнении с пациентами только с циррозом печени, отмечается повышение показателей фибриногена и ПТИ, что является характерной чертой COVID-ассоциированной коагулопатии как проявление системного воспаления [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Механизмы повреждения печени при COVID-19 / М. Г. Мнацаканян [и др.] // Терапевтический архив. 2021. № 93. С. 427–430.
2. Досыбаева, Г. Н. Постковидное поражение печени у больных циррозом печени / Г. Н. Досыбаева, Е. Т. Отумбаева, Ж. М. Рсалиева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2021. № 4. С. 25–27.
3. Ильченко, А. Ю. COVID-19 и поражение печени / А. Ю. Ильченко, И. Г. Никитин, И. Г. Федоров // Архивъ внутренней медицины. 2020. № 3. С. 188–197.
4. Кульченко, Н. Г. Эпидемиология болезней почек у пациентов с COVID-19 / Н. Г. Кульченко // Research'n Practical Medicine Journal. 2020. № 3. С. 74–82.
5. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 : клиническая и прогностическая значимость оценки фибриногена плазмы / А. Ю. Буланов [и др.] // Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова. 2020. № 4. С. 42–47.

УДК 616.61-002.3-036.11-06

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Денисенко А. В.

**Научные руководители: старший преподаватель А. И. Презов¹;
старший преподаватель З. В. Грекова²**

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская больница скорой медицинской помощи»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пиелонефрит — это неспецифическое бактериальное воспаление почечной паренхимы и собирательной системы почек, проявляющееся картиной инфекционного заболевания, характеризующееся лейкоцитурией и бактериурией, а также нарушением функционального состояния почек [1].

К факторам риска развития пиелонефрита относятся: общее снижение иммунного статуса, некоторые соматические патологии сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, беременность, несоблюдение личной гигиены и др. [2].

Возможно развитие большого числа осложнений острого пиелонефрита, которые делятся на местные (абсцесс, карбункул, паранефрит, пионефроз) и общие (переход острого процесса в хроническую форму, артериальная гипертензия, острая или хроническая почечная недостаточность, бактериальный токсический шок, сепсис) [3].

Исходя из этого исследование сопутствующих заболеваний острого пиелонефрита представляет интерес, что позволит планировать необходимый объем исследований для своевременного обнаружения заболевания, профилактики прогрессирования и осложнений заболевания.

Цель

Проанализировать сопутствующие заболевания у пациентов с острым пиелонефритом.