

Таблица 1 – Результаты биохимических исследования у пациентов с ЦП

| Биохимические показатели | Класс А | Класс В | Класс С |
|---------------------------------|---------|---------|---------|
| АлАТ, ед/л | 46,7 | 65,5 | 56,4 |
| АсАТ, ед/л | 57,6 | 89,8 | 94,1 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 247,7 | 382,9 | 197,4 |
| Общий билирубин, мкмоль/л | 30,6 | 45 | 211 |
| Протромбиновый индекс | 0,72 | 0,68 | 0,58 |
| Гамма-глутамилтрансфераза, ед/л | 165 | 269 | 257 |
| Альбумин | 39,2 | 36,4 | 33,7 |

Выводы

В результате анализа лабораторных показателей пациентов с циррозом печени выявили наличие синдромов цитолиза, холестаза и печеночно-клеточной недостаточности. Установлено, что степени выраженности нарушений коррелирует с классом тяжести по Чайлд-Пью. Об этом свидетельствует повышение уровней биохимических показателей от субнормальных величин (в группе пациентов с классом А) до значительных отклонений от нормы (у группы пациентов с классом В).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. – Минск: Новое знание, 2016. – С. 248–250.
2. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2014. – С. 50–52.
3. Добронравов, А. В. Гепатиты и циррозы печени / А.В. Добронравов. – М. : Высшая школа, 2018. – 160 с.
4. Ивашкин, В. Т. Болезни печени и желчевыводящих путей / В. Т. Ивашкин. – М.: М-Вести, 2018. – 782 с.
5. Подымова, С. Д. Болезни печени / С.Д. Подымова. – М.: Медицина, 2021. – 768 с.
6. Baranova, K. Alkaline phosphatase activity in neutrophils from patients with severe congenital neutropenia / K. Baranova, M. Stanulla, K. Welte // International Journal of Hematology. – 1999. – Vol. 70. – P. 236–240.
7. Тестовые задания по внутренним болезням: учебно-методическое пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов мед. вузов / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2015. – С. 76.

УДК 616.126.422:616.132.2

Е. В. Чушева, Ф. А. Рапинчук

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВТОРИЧНАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Введение

Митральная недостаточность – нарушение смыкания створок митрального клапана (МК) в систолу с регургитацией крови из левого желудочка (ЛЖ) в левое предсердие. Минимальная степень митральной регургитации (МР) наблюдается у большинства здоровых людей. Большой объем регургитации, обусловленный поражением МК рассматривается в качестве клапанного порока сердца [1].

Вторичная МР является результатом тяжелой систолической дисфункции и глобального или локального ремоделирования ЛЖ. При сохранности створок и хордального аппарата МК, вторичная МР формируется и прогрессирует из-за смещения папиллярных мышц (ПМ), систолического натяжения (тентинга) створок и дилатации кольца МК [1].

Степень развития МР коррелирует с уровнем поражения коронарных артерий (КА): так, при вовлечении задненижних сегментов ЛЖ и задней ПМ регургитация будет больше, чем при поражении передних отделов, так как кровоснабжение задней ПМ осуществляется из правой коронарной артерии (ПКА), а передняя кровоснабжается от нескольких артерий [2].

Вторичная МР любой степени, а в особенности тяжелая, за счет длительной перегрузки значительно ухудшает систолическую функцию ЛЖ. Кроме того, тяжесть вторичной МР может со временем увеличиваться из-за прогрессирования систолической дисфункции и ремоделирования ЛЖ [1].

Определение причины и механизма развития МР поможет определить тактику ведения пациента. В 2021 году в Российской Федерации была разработана классификация вторичной МР по стадиям, включенная в клинические рекомендации, и согласно ей: если при стадии А (риск МР) коррекция ограничивается медикаментозной терапией и реваскуляризацией, а при стадии D (симптомная тяжелая) необходима, но симптомы не уменьшаются, то тактика ведения пациента в стадии С (бессимптомная тяжелая) неоднозначна [1].

Цель

Изучить динамику развития МР при остром коронарном синдроме (ОКС) в зависимости от уровня поражения КА.

Материал и методы исследования

В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни пациентов с ОКС за 2021 год, находившихся на лечении в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Диагноз ОКС был выставлен на основании: клинических и лабораторных данных, и данных электрокардиографии. Всем пациентам были проведены коронароангиография (КАГ) и эхокардиография (ЭХО-КГ), с оценкой следующих показателей: по КАГ – уровень поражения КА, по ЭХО-КГ – степень МР и индекс локальной сократимости (ИЛС). Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были разделены по данным КАГ на 3 группы: I группа – поражение левой коронарной артерии (ЛКА) (20 из 40), II группа – поражение ПКА (7 из 40), III группа – сочетанное поражение (ЛКА+ПКА) (13 из 40) (рисунок 1).

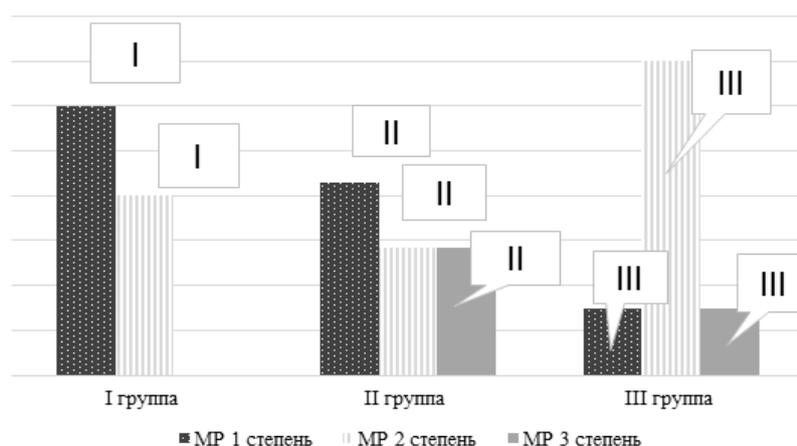


Рисунок 1 – Распределение групп по данным КАГ

Таким образом, наибольшее количество пациентов имеют поражение ЛКА (20 из 40). Оценка преобладания степени МР в зависимости от уровня поражения КА представлена на рисунке 2.

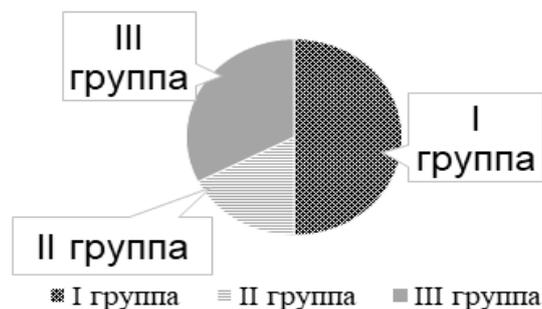


Рисунок 2 – МР в зависимости от уровня поражения КА

Таким образом, у пациентов с 1 степенью МР чаще развивается поражение как ЛКА (12 из 20), так и ПКА (3 из 7), со 2 степенью – поражение ЛКА+ПКА (9 из 13). 3 степень развивается только у пациентов II (2 из 7) и III групп (2 из 13).

Оценка изменений ИЛС в зависимости от степени МР и уровня поражения КА представлена на рисунке 3.

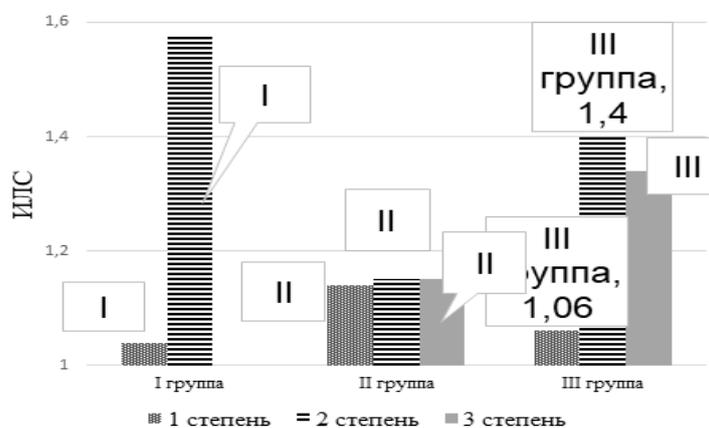


Рисунок 3 – ИЛС в зависимости от степени МР и уровня поражения КА

Таким образом, значительное увеличение ИЛС в группах I (20 из 40) и III (13 из 40) связано с тем, что ЛКА кровоснабжает большее количество анатомических сегментов миокарда, по сравнению с ПКА.

Выводы

1. В ходе работы было выявлено, что большее количество пациентов имеют поражение ЛКА.

2. У пациентов с поражением как ЛКА, так и ПКА чаще развивается 1 степень МР, а у пациентов с поражением ЛКА+ПКА 2 степень МР.

3. ИЛС имеет большие значения в группах, где имеется поражение ЛКА, что связано с большим количеством ветвей и кровоснабжением большего количества сегментов миокарда ЛЖ. ПКА, в свою очередь, кровоснабжает меньшее количество сегментов миокарда ЛЖ и область ишемии при ее поражении меньше.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об утверждении некоторых клинических рекомендаций Митральной регургитации [Электронный ресурс] : Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021 г. – Режим доступа: https://scardio.ru/content/Guidelines/project/Proekt_2021_MR.pdf. – Дата доступа: 22.03.2023.

2. Дзейтова, А. Х-М. Динамика митральной регургитации при остром коронарном синдроме в зависимости от поражения коронарных артерий / А. Х-М. Дзейтова, Л. А. Бокерия, М. Ю. Мироненко. – М.: ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева Минздрава России, 2021.

3. Бокерия, Л. А. Ишемическая недостаточность атриовентрикулярных клапанов / Л. А. Бокерия, С. Г. Суханов, Е. Н. Орехова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; 2011. – С. 5–19.