

отметить анемию (до 36,7 %), поражение суставов и артралгии (до 11,3 %), кожи (до 10,3 % случаев). По данным 2018 г. у пациентов с БК в 38,5 % случаев определяется гипоальбуминемия, что может быть обусловлено синдромом мальабсорбции из-за поражения тонкой кишки.

Большинство пациентов с ВЗК, находившихся на стационарном лечении, имели легкую и умеренную степень обострения ВЗК. По протяженности поражения кишечника у пациентов с ЯК в 2018 г. преобладал левосторонний колит (поражение не далее селезеночного угла) — у 41,6 %, тотальный колит или панколит — у 38,9 %, проктит — у 12,7 %, субтотальный колит (поражение до печеночного угла) — у 6,8 % пациентов. Распространенность тотального колита возросла в течение 5 лет (в 2013–2014 гг. составляла 10 %, в 2015 г. — 27,5 %).

Пациенты с ВЗК имеют коморбидные заболевания — хронический гастрит (54,4 %), артериальную гипертензию (17,8 %), сахарный диабет 2 типа (9,5 %), хронический панкреатит (6,8 %), неалкогольную жировую болезнь печени (5,5 %), что необходимо учитывать при назначении лечения.

Выводы

1. За период наблюдения 5 лет увеличилось количество пациентов с ВЗК, находившихся на стационарном лечении в городском отделении гастроэнтерологии г. Гомеля.
2. Изменилась структура и тяжесть пациентов с ВЗК. Увеличилось количество пролеченных в год пациентов с БК и ЯК с тотальным поражением кишечника.
3. ВЗК распространены у лиц молодого и трудоспособного возраста. Болезнь Крона чаще диагностируется у женщин.
4. Отмечается тенденция к увеличению распространенности внекишечных проявлений, самыми частыми из которых являются анемия и поражение суставов.
5. Лечение пациентов с ВЗК должно проводиться с учетом сопутствующих заболеваний и коррекции нутритивного статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адлер, Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Г. Адлер. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2001. — 527 с.
2. Хронические воспалительные заболевания кишечника в Республике Беларусь / Ю. В. Горгун [и др.] // Лечебное дело — 2017. — № 55. — С. 5–12.
3. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособ / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 332 с.
4. Тестовые задания по внутренним болезням: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — С. 76.
5. Воспалительные заболевания кишечника: на перекрестке проблем / А. В. Ткачев [и др.] // Практик. мед. — 2012. — № 3. — С. 17–22.
6. Якубчик, Т. Н. Клиническая гастроэнтерология / Т. Н. Якубчик. — 3е изд., перераб. и доп. — Гродно: ГрГМУ, 2014. — 324 с.

УДК 616.831-005.1-06:616.1

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Чечулин А. А.

Научный руководитель: ассистент М. В. Шолкова

Учреждение образования

**«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Среди цереброваскулярных заболеваний геморрагический инсульт (ГИ) лидирует по смертности и инвалидизации пациентов [1, 2, 3]. Геморрагический инсульт приводит

к поражению в том числе и тех областей мозга, которые отвечают за регуляцию вегетативных функций центральной нервной системы, что часто сопровождается вегетативным дисбалансом [1, 2, 3]. При этом наблюдаются эпизоды нарушения сердечного ритма и гемодинамики, которые описаны в литературе под общим понятием цереброкордиального синдрома (ЦКС). Существование связи между ЦКС и субарахноидальными (САК) и внутримозговыми кровоизлияниями (ВМК) доказано относительно давно [1, 2, 3]. Однако четкая ранняя диагностика характера кровоизлияния и сопровождающих его вегетативных дисфункций на самых ранних этапах заболевания остается крайне важной в выборе тактики лечения больного и раннего предупреждения развития необратимых кардиальных осложнений. ЦКС сопровождается различными нарушениями ритма сердца, проводимости, ЭКГ-феноменами. Наиболее типичными кардиальными проявлениями на ЭКГ являются: увеличение продолжительности и амплитуды, элевация и расширение зубца Т, удлинение интервала QT и QTU. Возможны элевация или депрессия сегмента ST, напоминающие картину повреждения миокарда. Наиболее частыми нарушениями ритма и проводимости при ЦКС бывают синусовая брадикардия (реже тахикардией), желудочковая или предсердная экстрасистолия, мерцательная аритмия, атриовентрикулярные блокады [1, 2, 3]. В развитии кардиальной дисфункции важную роль играет нейрогуморальное звено, которое в свою очередь приводит к метаболическим и электролитным нарушениям, активации внутрисосудистого тромбообразования. Различия клинических проявлений ЦКС зависят от характера и локализации кровоизлияния [1, 2, 3].

Цель

Установить наиболее типичные электрографические и клинические признаки нарушения сердечно-сосудистой регуляции у пациентов со спонтанными внутримозговыми и субарахноидальными кровоизлияниями.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 60 пациентов Оршанской городской больницы № 1 им. Семашков в возрасте 46–79 лет, с верифицированными спонтанными внутримозговыми и субарахноидальными кровоизлияниями. Средний возраст пациентов составил $64,27 \pm 10,58$ лет, (22 (37 %) женщины, и 38 (63 %) мужчин). Всего обследовано 30 пациентов с САК, 30 — с ВМК (15 в правое полушарие головного мозга, 15 — с ВМК в левое полушарие головного мозга). Исключались пациенты с оперативными вмешательствами на головном мозге, с ЧМТ, с ишемическими инсультами, с ишемически-геморрагическими трансформациями, сахарным диабетом в анамнезе, с повышением уровня тропонина I. Пациентам проводилась ЭКГ в 12 отведениях, определение электролитов плазмы крови, общий анализ крови, уровень глюкозы в крови, тропонина I.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее характерными проявлениями ЦКС на ЭКГ при САК оказались брадикардия (100% пациентов) и удлинение интервала QT $> 0,46$ с, которое выявлялось у 26 пациентов из 30 (86,7 %). Наблюдалась тенденция к удлинению интервала PQ и приближение к отметке 0,2 с (в среднем $0,19 \pm 0,03$). У пациентов с САК не было отмечено на ЭКГ глубоких отрицательных зубцов Т. Для ВМК характерно развитие тахикардии (100 % пациентов) и нарушений сердечного ритма (ФП, желудочковая экстрасистолия) — у 4 из 30 (26 %) пациентов. Удлинение интервала QT не оказалось типичным для пациентов с ВМК, оно наблюдалось только в 33 % случаев. Локализация кровоизлияния у пациентов с ВМК повлияла на электрокардиографические характеристики ЦКС. Правостороннее поражение сопровождалось развитием атриовентрикулярной (а-в) блокада 1 степени в 100 % случаев (удлинение интервала PQ превышало 0,2 с (среднее $0,22 \pm 0,02$ с)). Инвертированные зубцы Т выявлены у 4 пациентов из 15 (26 %). При левостороннем поражении интервал PQ находился в пределах нормы. В 3 случаях из 15 (20 %) наблю-

дался зубец U. Электрокардиографические феномены у всех пациентов сопровождалась гипокалиемией в первые трое суток острого периода (средний уровень калия составил $3,38 \pm 0,31$ ммоль/л) и артериальная гипертензия (средний уровень систолического артериального давления составил $143,5 \pm 10$, диастолического — $83 \pm 6,92$ мм рт. ст.). В наших исследованиях все пациенты страдали гипокалиемией, однако, по литературным данным [1, 2], гипокалиемия чаще характерна для больных с САК, чем для ВМК. Наиболее характерным ЭКГ — признаком ЦКС при ВМК по результатам опубликованных исследований является аномальный отрицательный зубец T, удлинённый интервал QT [1, 2]. В полученных нами данных происходит удлинение интервалов QT и PQ, а отрицательный зубец T наблюдается только у 26 % больных.

Выводы

Таким образом, в наших исследованиях прослеживается зависимость изменений параметров ЭКГ и клинических нарушений от характера и локализации патологического процесса. У 100 % пациентов исследуемой группы с САК ЦКС характеризовался развитием брадикардии и в 86,7 % случаев — удлинением интервала QT. У 100 % пациентов с ВМК развивалась тахикардия, в 26 % случаев — нарушения сердечного ритма (ФП, желудочковая экстрасистолия). При правостороннем поражении мозга при ВМК ЦКС проявлялся а-в блокадой 1 степени (PQ — $0,22 \pm 0,02$ с), при левостороннем — данное изменение на ЭКГ отсутствовало. Гипокалиемия и артериальная гипертензия сопровождает проявление ЦКС у пациентов с САК и ВМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басанцова, Н. Ю. Роль вегетативной нервной системы в развитии цереброкардиальных нарушений / Н. Ю. Басанцова, Л. М. Тибеккина, А. Н. Шишкин // Неврология и психиатрия. — 2017. — № 11. — С. 153–160.
2. Матвиец, В. С. Современный взгляд на диагностику и дифференциальную диагностику геморрагического инсульта / В. С. Матвиец, В. А. Куташов // Молодой ученый. — 2015. — № 19. — С. 291–294.
3. Kurowski, V. Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (tako-tsubo cardiomyopathy): frequency, mechanisms, and prognosis / V. Kurowski, A. Kaiser, K. von Hof // Chest. — 2007. — Vol. 132. — P. 809–816.

УДК 616.12-005.4-053.9:[615.835.3:546.214]

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВКЛЮЧЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ

Шахлан Л. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Л. С. Ковальчук*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Пожилые люди составляют большинство пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС), и более чем в 50 % случаев смерть лиц старше 65 лет наступает от осложнений ИБС. В последние годы в связи с осознанием определенной ограниченности возможностей медикаментозной терапии ИБС у пациентов пожилого возраста из-за побочных эффектов, в нашей республике и за рубежом возрос интерес к немедикаментозным методам лечения, в том числе и к методам физиотерапии, одним из которых является озонотерапия (ОЗТ) [1, 2, 3]. Озон способствует стимуляции метаболизма, оказывает антигипоксическое действие, улучшает реологические свойства крови, снижает общее пе-