

Выводы

На основании данных анкетирования населения наиболее частыми клиническими признаками постковидного синдрома явились общие симптомы, из них преобладали усталость (67 %) и мышечная слабость (42 %). Так же наиболее распространенными симптомами являются дизосмия (50 %), дисгевзия (43 %), головная боль (35 %), нарушение памяти и концентрации внимания (29 %). К основным жалобам системы органов дыхания можно отнести — кашель (45 %) и одышка (34 %). При этом к наиболее часто встречающимся жалобам сердечно-сосудистой системы относятся загрудинные боли (15 %) и сердцебиение (15 %). Основная жалоба по пищеварительной системе — тошнота (15 %). Так же наблюдается выпадение волос у 28 % пациентов.

Как правило, у большинства пациентов (71 %) длительность течения постковидного синдрома составило от 1 до 2 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline [NG188]. (Electronic resource.) URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>. (access date: 10.08.2021).
2. Рекомендации по ведению больных с коронавирусной инфекцией COVID-19 в острой фазе и при постковидном синдроме в амбулаторных условиях / под ред. проф. П. А. Воробьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2021.
3. Office for National Statistics. Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 7 October 2021.
4. Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection / L. Townsend [et al.] // PLoS One. 2020. № 15(11):e0240784. DOI: 10.1371/journal.pone.0240784.

УДК 616.151.5-071/-074-053.2

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ

Стринадко Ю. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Гемофилия представляет собой наследственное заболевание, связанное с дефектом плазменных факторов свертывания крови. Гены гемофилии находятся в X-хромосоме (рецессивная ее мутация), которая передается от деда к внуку через здоровую дочь (носительницу дефектного гена). По статистике ВОЗ примерно один младенец мужского пола из 5000 рождается с гемофилией, вне зависимости от национальной или расовой принадлежности. Наиболее часто встречаемые случаи гемофилии типа А и В. Так, гемофилия типа А вызывает недостаточность в крови необходимого белка — фактора VIII (антигемофильного глобулина). Частота ее встречаемости — 85,7 % (18 человек из всех случаев больных гемофилией). Гемофилия типа В вызывает недостаточность фактора плазмы — фактора IX (Кристмаса), что приводит к нарушению образования вторичного коагуляционного сгустка. Частота ее встречаемости значительно ниже — 14,3 % (3 человека из всех случаев больных гемофилией) [1, 2].

Заподозрить гемофилию возможно уже в раннем возрасте, при: гемартрозах (50–60 %), возникающих впервые в возрасте 1–8 лет после ушибов, травм, сопровождающиеся болевым синдромом, увеличением сустава в объеме, гиперемией и гипертермией кожи над ним; подкожных гематомах (20–30 %), которые в частности случаев могут сдавливать крупные артерии и периферические нервные стволы, вызывая интенсивные боли, паралич, атрофию мышц или гангрену; гематурии (10–12 %).

Так же возникающие кровотечения (5–10 %) у детей первого года жизни могут быть связаны с прорезыванием зубов, операциями, вследствие возника-

ют кровотечения из слизистых оболочек полости рта. Крайне опасными для ребенка с гемофилией являются кровотечения из зева и носоглотки, поскольку они могут привести к обструкции дыхательных путей и потребовать экстренной трахеостомии. Кровоизлияния в мозговые оболочки и головной мозг приводят к тяжелым поражениям ЦНС, летальному исходу (3 %). Однако, в грудном возрасте гемофилия дебютирует редко в связи с тем, что в материнском молоке содержится достаточное количество активного фермента — тромбокиназы, которая способна улучшать формирование сгустка [1].

Таким образом, при обнаружении симптомов следует провести тщательную диагностику на основании клинических данных, результатов лабораторных исследований системы гемостаза и генеалогических сведений, указывающих на рецессивное наследование, сцепленное с X-хромосомой.

Не мало важно качественно подобранное комбинированное лечение (заместительная терапия концентратами VIII и IX факторов свертывания крови плазматическими или рекомбинантными) с правильно подобранными дозами. Для восстановления функции суставов проводят курсы реабилитации или эндопротезирования. С целью профилактики рождения ребенка с гемофилией проводятся медико-генетическое консультирование, возможна пренатальная диагностика [3].

В Республике Беларусь все пациенты с тяжелой формой гемофилии А и В с профилактической целью получают препараты коагуляционных факторов для самостоятельного (или с помощью родственников) введения. Консультативная помощь пациентам оказывается на базе гематологических отделений областных больниц, консультативных центров крупных городов, РНПЦ.

Цель

Оценить клинико-лабораторные характеристики и степени тяжести гемофилии у детей.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 21-й карты стационарных больных детей в возрасте до 18 лет, проходивших диагностику и лечение гемофилии в онкологическом гематологическом отделении для детей ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека».

Диагноз гемофилии был поставлен на основании клинических данных, результатов лабораторных исследований системы гемостаза: удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и снижение факторов свертывания крови VIII (FVIII) и IX (фактор Кристмаса). В случае болезни Хагемана учитывали снижение уровня фактора XII свертывания крови. Не мало важное значение имеют генеалогические сведения, указывающие на рецессивное наследование, сцепленное с X-хромосомой.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и программы «Statistica» 6.0 с применением основных методов описательной статистики.

Результаты исследования и обсуждения

Были исследованы 21 история заболевания детей, страдающих гемофилией разной степени тяжести. Средний возраст детей на момент постановки диагноза составил 1–1,5 года. Отмечалось, что с тяжелым течением заболевания симптомы проявлялись значительно раньше (в 8–9 мес.), а с легким течением заболевание дебютировало позже (на 20–22 мес. жизни). Гемофилия типа А наблюдалась в большинстве случаев (18 детей — 85,7 %), при которой возникает недостаточность в крови фактора VIII (антигемофильного глобулина). Гемофилия типа В встречалась относительно редко (3 (14,3 %) ребенка), для которой характерна недостаточность фактора плазмы IX (Кристмаса), что приводит к нарушению образования вторичного коагуляционного сгустка. Так же был выявлен случай с редкой формой заболевания — наследственной коагулопатией «Болезнь Хагемана» (4,8 %), для которой характерно снижение фактора XII свертывания крови. При этом отмечается аутосомно-рецессивное наследование.

Наследственный фактор был выявлен в 15 (71,4 %) случаях, а у 6 (28,6 %) детей семейной отягощенности выявлено не было.

Наиболее частыми проявлениями геморрагического синдрома при гемофилии явились: гемартрозы у 11 (52 %) детей; гематомы встречались у 7 (33,3 %) детей; гематурия наблюдалась у 4 (19 %) детей; кровотечения у 2 (9,5 %) детей. В грудном возрасте гемофилия дебютирует редко в связи с тем, что в материнском молоке содержится достаточное количество активного фермента — тромбокиназы, которая способна улучшать формирование сгустка.

Характерным для гемофилии скрининговым тестом является удлинение АЧТВ. В данном исследовании показатель АЧТВ колебался от 36,5 до 80 с.

Уточняющим тестом служило определение факторов свертывания (VII, VIII, IX) в плазме крови. Отмечалось снижение одного из факторов более чем на 50 %, в соответствии с типом гемофилии. Величина данного показателя указывает на степень тяжести течения заболевания. Так, с легким течением заболевания было 5 (23,9 %) детей, чей уровень факторов составил 5–30 %. Со средней степенью тяжести было 4 (19 %) ребенка, при этом фактор свертывания был равен 1–5 %, а при тяжелой степени фактор был менее 1 % в крови, что было выявлено у 12 (57,1 %) детей, чему свидетельствовали кровотечения с самого рождения.

Выводы

По результатам работы было выявлено, что гемофилия А встречается значительно чаще (85,7 %), по сравнению с гемофилией В (14,3 %). Наследственный фактор прослеживался в большинстве случаев диагностированной гемофилии (71,4 %). Средний возраст детей при постановке диагноза составил 1,5 года. Клиническая картина характеризовалась гематомным типом кровоточивости: гемартрозы, сопровождающиеся болевым синдромом, увеличением суставов в объеме, гиперемией и гипертермией кожи над ними; гематомы лица и конечностей; кровотечения различной локализации. При этом, для гемофилии не типичны носовые кровотечения. Выраженность геморрагического синдрома определялась степенью тяжести гемофилии. Ведущим лабораторным признаком явилось удлинение времени свертывания крови в тесте АЧТВ. В уточняющих тестах — снижение соответствующего плазменного фактора (VIII или IX), а в случае болезни Хагемана — уровень фактора VII. Превалировала тяжелая форма гемофилии (57,1 %), требующая профилактической заместительной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы клинической гемостазиологии и гемореологии / И. А. Давыдкина [и др.] ; НИИ России; под общ. ред. И. А. Давыдкина. Самара, 2017. 341 с.
2. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А. Г. Румянцев, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 207–244.
3. Аспекты клинических исследований препаратов для лечения гемофилии. БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение / под ред. Ж. И. Авдеевой [и др.]. 2020.

УДК 616.71-007.234-06-037-001.5

ОСТЕОПОРОЗ. ФАКТОРЫ РИСКА.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА

Тарасовец А. А.

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одним из значимых заболеваний опорно-двигательной системы является остеопороз (ОП). ОП («пористая кость») — хроническое системное заболевание скелета, для которого характерно уменьшение общей костной массы тела, что при-