

I группу крови имели 52 % пациента, III группу — 28,57 %, II и IV группу — 9,52 %. 100 % из исследуемой группы имели положительный резус-фактор.

Патология тромбоцитарного звена гемостаза была выявлена у 3 (14,2 %) человек и характеризовалась нарушением агрегации тромбоцитов. Уровень тромбоцитов у всех пациентов был в пределах нормальных значений. При исследовании агрегационной активности кровяных пластинок отмечено снижение АДФ-индуцированной агрегации у 2 (67 %) из 3 обследованных. Известно, что агрегация тромбоцитов под влиянием АДФ отражает секреторные процессы в тромбоцитарных гранулах и реакцию освобождения содержащихся в них биоактивных субстанций. Отсутствие на агрегатограммах вторичной агрегации, когда вслед за первой волной возникает дезагрегация, свидетельствует о нарушении реакции освобождения.

Снижение адреналин — индуцированной агрегации было отмечено у 2 (67 %) пациентов. Реакция тромбоцитов на адреналин характеризовалась отсутствием на агрегатограммах второй волны, связанной с образованием тромбосана A2 и освобождением из кровяных пластинок собственных агрегирующих агентов. Полученные агрегатограммы также подтверждают нарушения в секреторной функции тромбоцитов. При оценке агрегации с коллагеном дисфункция тромбоцитов была установлена у 1 (33 %) пациента.

Выводы

Проанализировав данные медицинской документации 21 пациента с гемофилиями, можно сделать вывод, что диагноз устанавливали в течение первых трех лет жизни, при этом 90 % тяжелых форм заболевания было установлено до двухлетнего возраста. Превалировала тяжелая форма гемофилии, у (58 %) детей с гемофилией А и (46 %) с гемофилией В.

Показатель АЧТВ у 95,23 % пациентов с гемофилией был выше верхней границы нормы при среднем значении 63,65 с, что говорит о высоком риске кровотечений. Изменения со стороны других показателей вторичного гемостаза для гемофилии не типичны. Состояние тромбоцитарного звена гемостаза в виде нарушения агрегации тромбоцитов наблюдалось не более чем в 15 % случаев, что могло быть обусловлено сопутствующей патологией или приемом лекарственных препаратов. Примечательно, что большинство пациентов с гемофилией имели первую группу крови резус-положительную (52 %). Серьезным осложнением у 27,7 % детей с гемофилией явилась патология со стороны опорно-двигательного аппарата, которая привела к ранней инвалидизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Детская гематология / под ред. А. Г. Румянцева, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 207–244.
2. Аспекты клинических исследований препаратов для лечения гемофилии. БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение / под ред. Ж. И. Авдеевой [и др.]. 2020.
3. Особенности диагностики и лечения детей, больных различными типами гемофилии в городе Смоленск / Е. С. Арцабович [и др.] // Смоленский государственный медицинский университет. 2018. С. 25–27.

УДК [616.12-008.318+616.61]:616.12-005.4

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Роговцова О. А.

**Научные руководители: ассистент кафедры Е. М. Жандарова;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Актуальность данной проблемы состоит в лидирующей позиции сердечно-сосудистых заболеваний по смертности среди другой неинфекционной патологии [1].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — это поражение миокарда, обусловленное нарушением коронарного кровообращения и возникающее вследствие дисбаланса между потребностью в кислороде и его доставкой к кардиомиоцитам [3].

Выявление субклинических маркеров дает возможность прогноза первых признаков заболевания, позволяет лучше классифицировать пациентов по степени риска и более обоснованно подойти к выбору профилактики и лечения. К данным маркерам относятся: кальцификация коронарных артерий, бляшки в сонных и периферических артериях, каротидно-феморальная скорость распространения пульсовой волны, скорость клубочковой фильтрации, гипертрофия левого желудочка, индекс лодыжка-плечо, жесткость аорты, микроальбуминурия, протеинурия, стресс-тесты [5, 6].

Важной частью ведения больных с ишемической болезнью сердца на всех этапах является не только раннее выявление клинических признаков, но и дальнейшая профилактика возможных осложнений: инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность [2, 4].

Цель

Провести анализ встречаемости нарушений сердечного ритма и нарушения функции почек у пациентов с ИБС.

Материал и методы исследования

Выполнена аналитическая обработка данных 40 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении на базе учреждения «Жлобинская центральная районная больница».

В исследовании участвовали 21 (52,5 %) мужчин и 19 (47,5 %) женщин. Средний возраст лиц мужского пола составил $61,7 \pm 8,1$ лет, женского пола — $62,4 \pm 7,74$ лет.

Выделено 2 группы: 1-я — 15 пациентов ИБС с фибрилляцией предсердий (ФП), 2-я — 25 пациентов без ФП. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета «Microsoft Excel 2016».

Результаты исследования и их обсуждение

Нарушения сердечного ритма чаще отмечаются у женского пола: 42,5 % — 17 пациенток напротив 20 % — 8 пациентов мужского пола.

Таблица 1 — Нарушение ритма в зависимости от пола

Нарушение сердечного ритма/пол	Женщины	Мужчины
Фибрилляция предсердий	11 (44 %)	4 (16 %)
Желудочковая экстрасистолия	6 (24 %)	3 (12 %)
Блокада левой ножки пучка Гиса	5 (20 %)	4 (16 %)
Блокада правой ножки пучка Гиса	1 (4 %)	1 (4 %)
Атриовентрикулярная блокада	2 (8 %)	0
Всего	17 пациенток	8 пациентов

Проведен анализ встречаемости ремоделирования миокарда в группах у пациентов с ФП и без нее. У пациентов с ФП гипертрофия левого предсердия (ЛП) (2 (13,3 %) пациента), левого желудочка (ЛЖ) (11 (73,3 %) пациентов) и правого желудочка (ПЖ) (3 (20 %) пациента) выявлялась чаще в сравнении с контрольной группой, где признаки гипертрофии ЛП (8 (32 %) пациентов), ЛЖ (10 (40 %) человек), ПЖ (не выявлено) встречались реже.

Нарушение функции выделительной системы в данных группах оценивалось по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле Кокрофта-Голта. Снижение значений СКФ, которое соответствует 2-й стадии хронической болезни почек (ХБП), выявлено у 10 (25 %) пациентов с нарушениями сердечного ритма, включая 6 случаев с ФП. На 3 стадии ХБП находятся 11 (27,5 %) человек с нарушениями сердечного ритма, из них 4 случая с ФП. Чет-

вертая стадия ХБП диагностирована у 2 (5 %) пациентов с нарушениями ритма, включая 1 случай с ФП.

Выводы

1. У женщин в 2 раза чаще регистрируются нарушения сердечного ритма по сравнению с мужчинами.
2. Фибрилляция предсердий увеличивает частоту ремоделирования миокарда.
3. Поражение почек проявляется в большей степени в виде второй стадии ХБП и встречается достоверно чаще у пациентов с нарушениями сердечного ритма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латфуллин, И. А. Ишемическая болезнь сердца: основные факторы риска, лечение / И. А. Латфуллин. 2-е изд., доп. и перераб. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2017. 426 с.
2. Оганов, Р. Г. Сосудистая коморбидность : общие подходы к профилактике и лечению / Р. Г. Оганов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015. Т. 11, № 1. С. 4-7.
3. Хроническая сердечная недостаточность : учеб.-метод. пособие / А. Н. Цырульникова [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2015. 39 с.
4. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. Гомель : ГомГМУ, 2014. 88 с.
5. Шулутко, Б. И. Ишемическая болезнь сердца / Б. И. Шулутко, С. В. Макаренко. М. : Высш. шк., 2018. 160 с.
6. ESC guidelines on the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: the task force for diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European society of cardiology (ESC) / J. Knuuti [et al.] // Eur Heart J. 2020. Vol. 41. P. 407-477. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>.

УДК 616.127-005.8-03 6.11-039.35-074

АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ОСТРОМ И ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Романенко Е. Д.

Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Укла

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

Введение

Инфаркт миокарда — одна из клинических форм ИБС, при которой в результате необратимой ишемии участка миокарда развивается его некроз [1]. Основным осложнением инфаркта миокарда является постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), на фоне которого под воздействием определенного этиологического фактора через 4 недели после первичного (острого) инфаркта миокарда может возникнуть повторный инфаркт миокарда [2]. Несмотря на то, что традиционно основным методом диагностики, подтверждающим ИМ, являлся электрокардиографический метод, используется так же лабораторная диагностика. Основными показателями, при диагностике ИМ, являются: тропонин I (повышение тропонина I отмечается уже через 4-6 часов после приступа, показатель остается повышенным до 10-20 дня), МВ-КФК (повышается через 4-8 ч после ИМ, снижение уровня происходит через 2-4 дня) и миоглобин (повышается через 2 ч, сохраняется 2-3 сут). Диагностически важно определять уровень длительно сохраняющихся в общем анализе крови показателей лейкоцитоза, который возникает через несколько часов и достигает максимума к концу суток, палочкоядерного сдвига и увеличенной СОЭ [3].

Цель

Анализ специфичности и чувствительности изменений лабораторных показателей при диагностике острых и повторных трансмуральных инфарктов миокарда.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ 46 выписок из медицинской карты стационарного больного учреждения здравоохранения «Гомельская городская