

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вольхина, В. Е.* Супероксиддисмутазы: структура и свойства / В. Е. Вольхина, Е. В. Шафрановская // Вестник Витебского государственного медицинского университета. — 2009. — Т. 8. — № 4. — С. 6–12.
2. *Шанин, Ю. И.* Антиоксидантная терапия в клинической практике / Ю. И. Шанин, В. Ю. Шанин, Е. В. Зиновьев. — СПб., 2003. — 128 с.
3. *Сирота, Т. В.* Новый подход в исследовании процесса аутоокисления адреналина и использование его для измерения активности супероксиддисмутазы / Т. В. Сирота // Вопросы медицинской химии. — 1999. — Т. 45. — № 3. — С. 263–272.
4. *Суворов, А. П.* Коррекция системы антиоксидантной защиты при герпетической инфекции / А. П. Суворов, Т. Н. Воронина // Рос. журн. кож. и венерич. болезней. — 2003. — № 4. — С. 15–16.
5. *Нагоев, Б. С.* Состояние процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у пациентов с герпетической инфекцией / Б. С. Нагоев, З. А. Камбачокова // Инфекционные болезни. — 2010. — № 8. — С. 27–29.

УДК 616.12-005.8-074

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Зубко Н. Е.

Научный руководитель: ассистент И. В. Пальцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы лидируют в структуре летальности населения большинства развитых стран Европы, составляя до 40 % всех случаев смерти в этом регионе. Наиболее распространенной патологией является ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1].

Несомненно, наиболее тяжелой формой ИБС является инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от площади поражения сердечной мышцы выделяют две основные формы ИМ: крупноочаговый и мелкоочаговый. При мелкоочаговом инфаркте миокарда обычно отсутствуют такие тяжелые осложнения, как аневризма сердца или разрыв сердца, значительно реже возникает сердечная недостаточность, фибрилляция желудочков, асистолия, тромбоэмболии. Причины, по которым у одних пациентов развивается крупноочаговый ИМ, а у других — мелкоочаговый, в настоящее время изучены не полностью.

Цель работы

Оценить лабораторные показатели у пациентов в зависимости от распространенности поражения сердечной мышцы.

Материалы и методы

Проанализированы 62 истории болезни пациентов с инфарктом миокарда в подостром периоде, находившихся на лечении в реабилитационном отделении Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ с сентября по декабрь 2010 г.

Результаты и обсуждение

В зависимости от очага поражения все пациенты были разделены на 2 группы. Группу 1 составили 24 пациента с мелкоочаговым ИМ, 2 группу — 38 больных крупноочаговым ИМ.

Средний возраст больных первой группы составил $59,9 \pm 1,9$ лет, второй — $55,8 \pm 1,6$ лет, статистически значимых различий не было ($p = 0,07$).

Далее был проведен анализ лабораторных показателей у пациентов обеих групп (таблица 1).

Как видно из данных, представленных в таблице 1, у пациентов 2-й группы уровни холестерина и ЛПНП были ниже, различие было статистически значимо. Возникает вопрос, почему у больных более высоким риском развития тяжелого атеросклероза коронарных артерий поражение сердца было менее обширным.

Таблица 1 — Показатели биохимического анализа крови у больных ИМ.

Показатель	1 группа	2 группа	P
Общий холестерин, ммоль/л	5,36 ± 0,17	5,02 ± 0,16	0,016
Липопротеиды высокой плотности, ммоль/л	1,2 ± 0,08	1,2 ± 0,04	0,3
Липопротеиды низкой плотности, ммоль/л	3,41 ± 0,2	3,07 ± 0,15	0,008
Триглицериды, ммоль/л	1,74 ± 0,19	1,72 ± 0,08	0,11
Аланиновая аминотрансфераза, ЕД/л	33,7 ± 2,0	37,1 ± 2,0	0,19
Аспарагиновая аминотрансфераза, ЕД/л	33,4 ± 1,8	37,7 ± 2,0	0,18
Креатинкиназа, ЕД/л	111,0 ± 13,0	103,0 ± 7,0	0,33
Гемоглобин, г/л	143,0 ± 2,0	138,0 ± 2,0	0,055
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	7,3 ± 0,4	7,3 ± 0,3	0,35
СОЭ, мм/ч	11,7 ± 2,3	9,6 ± 1,1	0,24

Возможно, у пациентов с высоким уровнем холестерина и ЛПНП в анамнезе имел место прединфарктный период, обусловленный более выраженным атеросклеротическим сужением сосудов сердца. Это могло привести к формированию феномена ишемического прекондиционирования. Ишемическое прекондиционирование (феномен прерывистой ишемии или метаболической адаптации) — это адаптивный феномен, возникающий после одного или нескольких коротких промежутков ишемии — реперфузии и заключающийся в повышении устойчивости миокарда к повреждающему действию длительного периода ишемии и реперфузии. В результате повторяющихся кратковременных эпизодов ишемии создаются условия, позволяющие миокарду адаптироваться и лучше переносить последующие эпизоды более продолжительной ишемии, то есть развивается кардиоцитопротекция [2, 3].

Выводы

Вероятно, следствием более высоких уровней общего холестерина и ЛПНП у больных ИБС являлось наличие прединфарктного периода (нестабильной стенокардии), приводящего к развитию феномена ишемического прекондиционирования. В результате, у таких больных развившаяся коронарная катастрофа имела менее тяжелые последствия, вследствие чего, зона некроза формировалась на значительно менее распространенном участке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Степура, О. Б.* Прогностические факторы при тяжелой хронической сердечной недостаточности / О. Б. Степура // Сердечная недостаточность. — 2002. — Т. 3. — № 2. — С. 76–78.
2. *Волков, В. С.* Феномен прерывистой ишемии миокарда и особенности миокардиального резерва у больных, перенесших инфаркт миокарда / В. С. Волков, А. П. Иванов, И. А. Эльгардт // Терапевтический архив. — 2003. — № 12. — С. 16–18.
3. *Писаренко, О. И.* Ишемическое прекондиционирование: от теории к практике / О. И. Писаренко // Кардиология. — 2005. — № 9. — С. 62–67.

УДК 617.735-007.17-089:617.753.2

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВИТРЕОХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Зубко Н. Е.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Миопия — заболевание, характеризующееся растяжением оболочек глазного яблока, приводящим к их дегенеративным изменениям. Результатом растяжения периферических отделов сетчатки является развитие витреоретинальной дистрофии. Периферические витреохориоретинальные дистрофии (ПВХРД) при близорукости различной сте-