

руемый объем медицинской помощи может быть постоянным, и перераспределяться в зависимости от индивидуализации схем лечения пациентов. Проведение реабилитационных мероприятий в первую очередь должно включать пациентов с гемофилией А, должно иметь интенсивный характер, так как при увеличившемся объеме лечебных мероприятий, расширении профилактики устоявшийся уровень инвалидизации пациентов должен расцениваться как негативный. Нуждаемость пациентов с гемофилией в профилактическом лечении и медицинской реабилитации сохраняется на уровне не ниже 75 % от общего числа пациентов с данной патологией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган, З. С. Геморрагические заболевания и синдромы / З. С. Баркаган. — М.: Медицина, 1986. — 528 с.
2. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2 т. Т. 1.: Пер. с англ. / под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. — М.: Мир, 1997.

УДК 616.151.514-06

### ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*Дашкевич Э. В., Ходулева С. А., Ольховик Ю. В.*

Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр  
трансфузиологии и медицинских биотехнологий»

г. Минск, Республика Беларусь

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Гемостазиопатии являются актуальной проблемой современной медицины, так как, кроме большой распространенности (всего в мире зарегистрировано около 50 миллионов человек с первичными дефектами в системе гемостаза), отличаются сложностью генеза и вследствие этого большой неоднородностью функциональных нарушений. Гемостазиопатии являются также и наиболее сложными как в плане верификации диагноза, так и характера, особенностей клинического течения и осложнений [1]. Это в свою очередь ведет к трудностям терапии, не предсказуемым прогнозам и исходам. При этом одни и те же гемостазиопатии и даже у одних и тех же пациентов в разные периоды болезни часто проявляются мозаичностью лабораторных признаков — не однотипные сдвиги адгезивно-агрегационных, коагуляционных и ретракционных свойств тромбоцитарного звена, что затрудняет своевременную и достоверную диагностику нозологической формы и приводит к ранней инвалидизации трудоспособного населения. Особого внимания заслуживают приобретенные формы гемостазиопатий, которые осложняют течение различных заболеваний, возникают в результате токсического воздействия внешних средовых факторов, в том числе ряда лекарственных веществ. Всплеск в мировой практике гемостазиопатии встречаются чаще, чем это принято считать, и представляют не только теоретический, но и значительный практический интерес в связи с внезапным возникновением критических кровотечений, или наоборот, тромботических осложнений (во время беременности, родов, оперативных вмешательств или спонтанно), приводящих к непоправимым последствиям и требующих принятия экстренных мер [2].

Актуальность и значимость изучения разнонаправленной патологии первичного и вторичного звеньев системы гемостаза в Республике Беларусь важна еще более в связи

с неблагоприятной экологической ситуацией, сложившейся после катастрофы на ЧАЭС, поскольку радиационный фактор способен инициировать определенные изменения в компонентах системы гемостаза. Дисбаланс в иммунной системе, последовавший за воздействием радиационного фактора выступает триггером аутоиммунного процесса, а, следовательно, — играет ведущую роль в развитии иммунных гемостазиопатий. На сегодняшний день малоизвестно о влиянии средовых факторов на возникновение гемостазиопатий. В то время как изучение влияния техногенного загрязнения окружающей среды на развитие гемостазиопатий является весьма важным и актуальным в период имеющегося технического прогресса и урбанизации. Не изучались принципиальные особенности длительного биологического действия ионизирующей радиации с предельно малыми мощностями доз на состояние первичного и вторичного гемостаза [3].

Важным является также определение закономерности частоты встречаемости данной патологии среди пациентов разных возрастных когорт, с учетом воздействия определенных эндогенных и экзогенных предполагаемых этиологических факторов, в том числе уровня загрязнения территории радиоактивным цезием ( $^{137}\text{Cs}$ ), что позволит усовершенствовать помощь пациентам, проживающих в данных регионах. В настоящее время в Республике Беларусь имеется регистр наследственных гемостазиопатий (гемофилия, болезнь Виллебранда), но не существует работ по многофакторному исследованию тромбоцитопатий и вазопатий.

Анализ зарубежного опыта свидетельствует о необходимости проведения как можно более раннего скрининга для выявления малосимптомных вариантов течения гемостазиологических нарушений, создания государственной системы учета всех гемостазиопатий. Современные информационные технологии позволяют разработать в Республике Беларусь информационную автоматизированную систему. Такая система будет во многом определять целесообразность проведения разноуровневых лабораторных исследований системы гемостаза, систематизировать существующие рекомендации по диагностике гемостазиопатий и разработке протоколов динамичного наблюдения за пациентами с синдромом кровоточивости.

Проведение анализа данных Республиканского регистра коагулопатий о встречаемости болезни Виллебранда в Республике Беларусь.

#### **Методы**

В представленной статье применены общелогические методы системного анализа и обобщения данных с применением клинико-статистической обработки данных и пакета компьютерной программы Excel.

#### **Результаты и обсуждение**

Нами были изучены данные о распространенности болезни Виллебранда в Республике Беларусь, содержащиеся в регистре коагулопатий на 01.10.2013. Сведения о пациентах собираются специалистами-гематологами регионов и вносятся в информационно-аналитическую систему лечебных мероприятий, функционирующую на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий» (таблица 1).

Таблица 1 — Данные о распространенности болезни Виллебранда в Республике Беларусь

Пол	Возраст	Степень тяжести заболевания			ИТОГО	ВСЕГО
		легкая	средняя	тяжелая		
<b>Брестская область</b>						
Мужской	До 18 лет	6	0	0	6	<b>16 (8,3 %)</b>
	Ст. 18 лет	10	0	0	10	
Женский	До 18 лет	2	0	0	2	<b>19 (9,9 %)</b>
	Ст. 18 лет	17	0	0	17	
<b>ВСЕГО</b>		<b>35</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>35 (18,2 %)</b>

Окончание таблицы 1

Пол	Возраст	Степень тяжести заболевания			ИТОГО	ВСЕГО
		легкая	средняя	тяжелая		
<b>Витебская область</b>						
Мужской	До 18 лет	0	0	0	<b>0</b>	<b>3 (1,6 %)</b>
	Ст. 18 лет	3	0	0	<b>3</b>	
Женский	До 18 лет	0	0	1	<b>1</b>	<b>4 (2,1 %)</b>
	Ст. 18 лет	3	0	0	<b>3</b>	
<b>ВСЕГО</b>		<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>7 (3,7 %)</b>
<b>Гомельская область</b>						
Мужской	До 18 лет	1	0	0	1	<b>14 (7,3 %)</b>
	Ст. 18 лет	13	0	0	13	
Женский	До 18 лет	2	0	0	2	<b>12 (6,2 %)</b>
	Ст. 18 лет	10	0	0	10	
<b>ВСЕГО</b>		<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>26</b>	<b>26 (13,5 %)</b>
<b>Гродненская область</b>						
Мужской	До 18 лет	1	0	0	<b>1</b>	<b>12 (6,3 %)</b>
	Ст. 18 лет	10	1	0	<b>11</b>	
Женский	До 18 лет	2	0	0	<b>2</b>	<b>8 (4,2 %)</b>
	Ст. 18 лет	5	0	1	<b>6</b>	
<b>ВСЕГО</b>		<b>18</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>20 (10,5 %)</b>
<b>Минск</b>						
Мужской	До 18 лет	4	1	0	<b>5</b>	<b>32 (16,7 %)</b>
	Ст. 18 лет	26	1	0	<b>27</b>	
Женский	До 18 лет	1	1	0	<b>2</b>	<b>22 (11,4 %)</b>
	Ст. 18 лет	19	0	1	<b>20</b>	
<b>ВСЕГО</b>		<b>50</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>54</b>	<b>54 (28,1 %)</b>
<b>Минская область</b>						
Мужской	До 18 лет	3	0	0	<b>3</b>	<b>17 (8,8 %)</b>
	Ст. 18 лет	13	0	1	<b>14</b>	
Женский	До 18 лет	1	0	0	<b>1</b>	<b>12 (6,3 %)</b>
	Ст. 18 лет	11	0	0	<b>11</b>	
<b>Всего</b>		<b>28</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>29 (15,1 %)</b>
<b>Могилевская область</b>						
Мужской	До 18 лет	0	0	0	<b>0</b>	<b>9 (4,7 %)</b>
	Ст. 18 лет	6	2	1	<b>9</b>	
Женский	До 18 лет	2	0	0	<b>2</b>	<b>12 (6,2 %)</b>
	Ст. 18 лет	9	1	0	<b>10</b>	
<b>ВСЕГО</b>		<b>17</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>21 (10,9 %)</b>
<b>Вся Республика Беларусь</b>						
Мужской	До 18 лет	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>103 (53,6 %)</b>
	Ст. 18 лет	<b>81</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>87</b>	
Женский	До 18 лет	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>89 (46,4 %)</b>
	Ст. 18 лет	<b>74</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>77</b>	
<b>ВСЕГО</b>		<b>180</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>192</b>	<b>192 (100 %)</b>

**Выводы**

1. Общее число пациентов с болезнью Виллебранда, проживающих в Республике Беларусь, составляет 192 человека.

2. Наибольшее число пациентов проживает в г. Минске и Брестской области 28,1 % и 18,2 % соответственно, 3,7 % — в Витебской области. Данная закономерность отражает уровень диагностики и настороженности врачей в отношении болезни Виллебранда.

3. В 53,6 % случаев болезнь Виллебранда была диагностирована у мужского населения.

4. Для оптимизации оказания помощи пациентам с гемостазиопатиями необходимо шире применять специализированное медицинское обследование с целью выявления болезни Виллебранда.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баркаган, З. С. Геморрагические заболевания и синдромы / З. С. Баркаган. — М., 1988.
2. Змачинский, В. А. Диагностика и лечение болезни Виллебранда / В. А. Змачинский // Здоровоохранение. — 2012. — № 11.
3. Кручинский, Н. Г. Длительное воздействие малых доз радиации: механизмы формирования гемостазиопатий / Н. Г. Кручинский // Эфферентная терапия. — 2003. — Т. 9, № 4.

УДК 615.38:615.831.4:317.713-022-08

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГЛАЗ

*Денисов А. В.*

Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»  
г. Гомель, Республика Беларусь

Воспалительные заболевания переднего отрезка глаза часто вызывают высокий процент снижения зрения и склонны к развитию хронического рецидивирующего течения. Лечение бактериальной инфекции до настоящего времени является актуальным. Интенсивное, зачастую нерациональное, применение антибактериальных препаратов вызвало развитие резистентных штаммов бактерий.

Наряду со стандартным лечением (антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая и иммунокорректирующая терапия) нами применялось экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (ЭУФОК) при тяжелых гнойных поражениях глаз. ЭУФОК проводилось в условиях отделения гемокоррекции и ГБО ГУ

Высокая эффективность ЭУФОК при гнойных процессах является патогенетически обоснованной составляющей комплекса лечебных мероприятий. Введенная в организм фотомодифицированная кровь воздействует на наиболее слабые звенья в патогенезе гнойной инфекции, создавая условия для мобилизации защитных сил, вызывает активизацию компенсаторных механизмов.

ЭУФОК сопровождается и повышением бактерицидной активности крови. Под влиянием ЭУФОК улучшается микроциркуляция тканей, коллатеральное кровообращение за счет улучшения сосудисто-тромбоцитарного гомеостаза в результате снижения тромбина, наблюдается усиление фибринолитической активности крови, снижается вязкость крови, уменьшается адгезия и агрегация форменных элементов, снижается высокий уровень содержания в крови гистамина.

ЭУФОК обладает иммунокорректирующим и десенсибилизирующим эффектом, изменяя спектр антителообразования, стимулирует фагоцитоз, усиливает секрецию лейкоцитами бактерицидных субстанций, активирует Т-лимфоциты. ЭУФОК способствует увеличению выносливости, потенцирует действие некоторых лекарственных препаратов, способствует восстановлению гормональной регуляции гемостаза. Представляем клинический случай применения ЭУФОК.

Пациентка К. 19 лет, поступила через пять суток после начала заболевания с диагнозом ОД: гнойная язва роговицы.

Из анамнеза: у пациентки развился кератит после ношения контактных линз, находилась на амбулаторном лечении по месту жительства, на пятые сутки отмечается резкое ухудшение состояния глаза. Направлена на стационарное лечение.

Поступила с жалобами на светобоязнь, слезотечение, боли в глазу, резкое снижение зрения, гнойное отделяемое из глаза. Проведено обследование: визометрия, био-