

чаев. Пре-пре В-клеточный вариант бластных клеток зарегистрирован в 63,2 % случаев детей с гипердиплоидией.

Среди числовых изменений была выявлена трисомия (+21) – 48 %, которую относят к группе заболеваний с благоприятным прогнозом. Среди остальных трисомий встречались по 20,12,5,22,17,13,4,6,18,11,16,1,2,3,14,15 хромосомам. Структурные изменения, а именно делеция, обнаружены в группе с цитогенетическими изменениями у 28 % детей, и во всех случаях изменения были разными: del(7)(p12), del(9)(p12), del(22)(p12), del(12)(p11), del(5)(p12).

Выводы

1. Средний возраст детей на момент постановки диагноза острого лимфобластного лейкоза составил 6 лет и 6 месяца. Чаще болели мальчики в соотношении 1,5:1. Среди иммунофенотипических вариантов превалировал В-клеточный ОЛЛ – 94,2 %, подвариант - пре-пре-В – 75,3 %.

2. Цитогенетические изменения были выявлены у 25 пациентов с ОЛЛ, что составило 24,3 %. Превалировали числовые изменения в виде гипердиплоидии – 76 %.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Предложения для иммунологической классификации острых лейкозов / Гематология и трансфузиология ; редкол.: Бене М. К., Кастолди Г., Напп В. [и др.]. – Т. 42, № 6. – 1997. – 43–45 с.
2. Аксель, Е. М. Злокачественные новообразования у детей: заболеваемость, смертность, продолжительность жизни / Е. М. Аксель, В. В. Двойрин, Л. А. Дурное // Детская онкология. – 1994. – № 1. – С. 3–8.
3. Двойрин, В. В. Сравнительная заболеваемость злокачественными новообразованиями детского населения стран мира / В. В. Двойрин, Л. А. Дурное. – М., 1995. – 151–162 с.
4. Заболеваемость и смертность детского населения Санкт-Петербурга от злокачественных новообразований / Вопросы онкологии. Мерабишвили В. М. [и др.]. – Т. 43, № 4. – 1997. – 385–389 с.
5. Злокачественные новообразования в Беларуси 1991–2000 / К. В. Мощик [и др.] ; под ред. А. А. Граковича, И. В. Залуцкого. – Мн.: БЕЛЦМТ. 2001. – 178 с.
6. Pui C. H., Behm F. G., Singh B. et al. : Heterogeneity of presenting features and their relation to treatment outcome in 120 children with T-cell acute lymphoblastic leukemia / Blood. – Vol. 75. – 1990. – 170–174 p.
7. Кравченко, Д. В. Гематология : учебник / Д. В. Кравченко, И. А. Искров, И. О. Стома. – М. : ООО Издательство «КноРус», 2022. – 396 с. – (Специалитет).
8. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология : учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск : Выш. шк., 2013. – 446 с.

УДК 616.132.2-036.11:616.379-008.64

А. Л. Плотко

Научный руководитель: ассистент кафедры С. П. Тишков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КФК-МВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Введение

Острый коронарный синдром – это обострение стабильного течения ишемической болезни сердца, которое клинически может проявляться формированием инфаркта миокарда, развитием нестабильной стенокардии или внезапной смерти.

Инфаркт миокарда является наиболее тяжелой патологией сердечно-сосудистой системы. Факторы риска, приводящие к его развитию, являются общими для сердечно-сосудистой патологии. Частота развития ОИМ у больных сахарным диабетом 2 типа в 3–5 раз выше, чем в общей популяции [1]. При 2 типе сахарного диабета отмечается достаточно быстрое прогрессирование атеросклеротического поражения сосудов разного калибра и развитие

острого инфаркта миокарда в различных возрастных группах. Свойственная для больных диабетом сниженная болевая чувствительность приводит к тому, что у них, по сравнению с больными без диабета, чаще встречаются безболевые и малосимптомные формы ОКС, что способствует более поздней диагностике и запоздалому началу лечения [2].

Цель

Проанализировать показатель фермента креатинфосфокиназы фракции-МВ у пациентов с острым коронарным синдромом при наличии сахарного диабета 2 типа и без него.

Материал и методы исследования

Материалами исследования стал анализ амбулаторных карт пациентов с острым коронарным синдромом, которые имеют сопутствующую патологию – сахарный диабет 2 типа и без него. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр» города Гомель. В ходе исследования было проанализировано 60 историй болезней пациентов. Из них – 70 % (35 пациентов) мужского пола, 30 % – женского пола, средний возраст – 61,4 года. Обработка и анализ данных проводился с помощью программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовательской группе были представлены следующие диагнозы: Трансмуральный инфаркт нижней стенки левого желудочка составил – 34 % (17 пациентов), трансмуральный передне-перегородочный инфаркт миокарда левого желудочка – 12 % (6 пациентов), крупноочаговый нижний инфаркт миокарда левого желудочка – 14 % (7 пациентов), крупноочаговый передне-перегородочно-верхушечно-боковой инфаркт миокарда левого желудочка – 18 % (9 пациентов), мелкоочаговый передне-перегородочно-верхушечно-боковой инфаркт миокарда левого желудочка – 14 % (7 пациентов), повторный субэндокардиальный инфаркт миокарда верхушечно-боковой стенки левого желудочка – 8 % (4 пациента).

В ходе исследования проводился анализ показателя фермента креатинфосфокиназы фракции МВ (далее-КФК-МВ).

Средний показатель КФК-МВ среди пациентов с трансмуральным инфарктом нижней стенки левого желудочка (17 пациентов) – составил 152,3 Ед/л по группе.

При разделении данной группы на две подгруппы, 12 пациентов имеют сопутствующую патологию сахарный диабет 2 типа, уровень КФК-МВ у данной группы равен (188,2 Ед/л). Остальные 5 пациентов не имеют данного сопутствующего заболевания (85,82 Ед/л).

Среди пациентов с трансмуральным передне-перегородочным инфарктом миокарда левого желудочка (6 пациентов), показатель КФК-МВ составил (199,2 Ед/л).

При разделении данной группы на две подгруппы, 3 пациента имеют сопутствующую патологию сахарный диабет 2 типа, уровень КФК-МВ у данной группы равен (240,1 Ед/л). Остальные 3 пациента не имеют данного сопутствующего заболевания (225,1 Ед/л).

Средний показатель КФК-МВ среди пациентов с крупноочаговым нижним инфарктом миокарда левого желудочка (7 пациентов) составил (62,23 Ед/л) по группе.

При разделении данной группы на две подгруппы: 2 пациента имеют сопутствующую патологию сахарный диабет 2 типа, уровень КФК-МВ у данной группы равен (84,35 Ед/л). Остальные 4 пациента не имеют данного сопутствующего заболевания (61,68 Ед/л).

Среди пациентов с крупноочаговым передне-перегородочно-верхушечно-боковым инфарктом миокарда левого желудочка (9 пациентов) показатель КФК-МВ составил (113,07 Ед/л).

При разделении данной группы на две подгруппы: 4 пациента имеют сопутствующую патологию сахарный диабет 2 типа, уровень КФК-МВ у данной группы равен (131,84 Ед/л). Остальные 5 пациентов не имеют данного сопутствующего заболевания (98,1 Ед/л).

Средний показатель КФК-МВ среди пациентов с мелкоочаговым передне-перегородочно-верхушечно-боковым инфаркт миокарда левого желудочка (7 пациентов) составил (39,2 Ед/л) по группе.

При разделении данной группы на две подгруппы: 2 пациента имеют сопутствующую патологию сахарный диабет 2 типа, уровень КФК-МВ у данной группы равен (64,25 Ед/л). Остальные 5 пациентов не имеют данного сопутствующего заболевания (31,5 Ед/л).

Среди пациентов с повторным субэндокардиальным инфарктом миокарда верхушечно-боковой стенки левого желудочка (4 пациента) показатель КФК-МВ составил (38,5 Ед/л).

При разделении данной группы на две подгруппы: 2 пациента имеют сопутствующую патологию сахарный диабет 2 типа, уровень КФК-МВ у данной группы равен (43,85 Ед/л). Остальные 2 пациента не имеют данного сопутствующего заболевания (33,17 Ед/л).

Выводы

В ходе исследования был проанализирован показатель фермента креатинфосфокиназы фракции-МВ у пациентов с острым коронарным синдромом при наличии сахарного диабета 2 типа и без него.

Средний показатель у пациентов с трансмуральным инфарктом нижней стенки левого желудочка увеличен на 102,38 ед/л, трансмуральным передне-перегородочным инфарктом миокарда левого желудочка – 15 ед/л, крупноочаговый нижний инфаркт миокарда левого желудочка составил 22,67 ед/л, у пациентов с крупноочаговым передне-перегородочно-верхушечно-боковым инфарктом миокарда левого желудочка увеличен на 33,74 ед/л, когда у людей с мелкоочаговым передне-перегородочно-верхушечно-боковым инфарктом миокарда левого желудочка – 32,75 ед/л. Далее был рассмотрен повторный субэндокардиальный инфаркт миокарда верхушечно-боковой стенки левого желудочка, где показатель КФК-МВ при сахарном диабете 2 типа увеличился на 10,68 ед/л.

Полученные данные позволяют предполагать необходимость отслеживания данного сопутствующего заболевания при остром коронарном синдроме, так как это прямо влияет на важнейший показатель КФК – МВ. Небольшая выборка пациентов диктует необходимость проведения дальнейшего исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров, А. А. Инфаркт миокарда и сахарный диабет: -Мюнхенский стовор- // Болезни сердца и сосудов. – 2007. – Т 2. – № 2. – С. 3–14.
2. Кокожева, М. А. Острый коронарный синдром при сахарном диабете: особенности патогенеза, течения и терапии / М. А. Кокожева, Б. У. Марданов, М. Н. Мамедов // Профилактическая медицина. – 2021. – № 24(2). – С. 89–96.

УДК 615.835.14:612.014.464

Е. Ю. Полякова, Е. О. Фильченко

*Научные руководители: к.м.н., доцент П. Н. Ковальчук;
к.м.н., доцент Л. С. Ковальчук*

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

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Введение

В настоящее время все большее внимание привлекают к себе немедикаментозные методы лечения ИБС в связи с высоким уровнем аллергизации населения, большим коли-