

зафиксированы: одиночная наджелудочковая экстрасистолия – у 4 (13,3 %) человек, одиночная желудочковая экстрасистолия – у 3 (10 %) человек. В единичных случаях выявлены: пароксизм ФП, эпизоды миграции водителя ритма, эпизоды синусовой тахикардии, эпизоды синусовой брадикардии, наджелудочковая тахикардия.

При анализе заключений ХМ-ЭКГ пациентов с СРРЖ в 66,7 % случаев (14 человек) найдена одиночная наджелудочковая экстрасистолия, в 47,6 % случаев (10 человек) – одиночная желудочковая экстрасистолия. Эпизоды миграции водителя ритма были зафиксированы в 19 % случаев (4 человека). Нарушения проводимости сердца в виде блокад диагностированы в 42,8 % случаев: в 23,8 % случаев определялась преходящая СА-блокада 2 степени, преходящий эпизод СА-блокады 2 степени тип 1 был отмечен в 14,3 % случаев, преходящая АВ-блокада 2 степени тип 2 была в 4,8 % случаев.

Выводы

Практически все пациенты с синдромом ранней реполяризации желудочков (85,7 %) активных жалоб не предъявляют. При этом лишь у 20 % человек с синдромом WPW и у 13,3 % с феноменом WPW наблюдается отсутствие жалоб. В то же время, 30,3 % пациентов с синдромом WPW отмечают учащенное сердцебиение постоянно или в виде приступов.

При аускультации сердца можно отметить, что у 100 % пациентов с СРРЖ тоны сердца ясные. В то же время, в большинстве случаев синдрома WPW (53,4 %) и феномена WPW (6,7 %) тоны сердца приглушенные.

По итогам рассмотрения заключений ХМ-ЭКГ прослеживается определенная закономерность – нарушения ритма и проводимости сердца чаще были диагностированы у пациентов с синдромом ранней реполяризации желудочков: в 3 раза чаще была выявлена наджелудочковая экстрасистолия, в 4 раза чаще – желудочковая экстрасистолия; нарушения проводимости сердца зафиксированы в 42,8 % случаев при СРРЖ, и только в 3,3 % случаев с разными клиническими формами синдрома WPW ($r = 0,9$, прямая очень высокая корреляционная связь).

Результаты данного исследования могут быть положены в основу комплексной оценки степени выраженности и вероятности развития внезапной сердечной смерти у пациентов с синдромом или феноменом Вольфа – Паркинсона – Уайта и синдромом ранней реполяризации желудочков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров, А. Л. Феномен и синдром ранней реполяризации желудочков сердца – норма или патология? / А. Л. Бобров // Медицинский алфавит. – 2020. – (25). – С. 38–41.
2. Горохов, С. С. Синдром ранней реполяризации желудочков на ЭКГ – современное состояние вопроса. Сообщение 1 / С. С. Горохов // Военная медицина. – 2013. – № 4 (29). – С. 117–124.
3. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (клиника, диагностика, лечение): методические рекомендации / В. Н. Ардашев [и др.]; Министерство обороны Российской Федерации, Гл. военный клинический госпиталь им. акад. Н. Н. Бурденко. – Москва: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, 2008. – 74 с.

УДК 616.12-008.331.1-055:616.831

К. А. Кармазина, С. С. Сурганов

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Введение

Во многих экономически развитых странах в последние десятилетия увеличивается продолжительность жизни населения, а вместе с тем растет количество хронических

форм цереброваскулярной патологии [1]. Одной из таких патологий является дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП), прогрессирующее диффузное или очаговое поражение головного мозга, которое проявляется неврологическими и психическими расстройствами, обусловленное сосудистой мозговой недостаточностью [2].

Существует ряд проблем, связанных с диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия», это вопрос о нозологической принадлежности, синдром это или самостоятельное заболевание, отсутствие четких критериев диагностики, определение факторов риска сосудистых событий, отсутствие доказательной клинической базы лекарственных препаратов [2].

Ученные указывают на ряд наиболее частых причин развития ДЭП, а именно атеросклероз, артериальная гипертензия (АГ) и их сочетание [1]. Артериальная гипертензия является одним из важных факторов развития цереброваскулярных патологий, как острых, так и хронических в целом. При АГ более уязвимыми являются сосуды резистивного типа, то есть артерии мелкого калибра и артериолы. В поврежденных сосудах происходит пролиферация эндотелиоцитов, некроз миоцитов, в итоге происходит уменьшение диаметра сосудов. В результате данных изменений происходит нарушение ауторегуляции мозгового кровообращения, примечательно, что больше страдает белое вещество, а не кора [3].

Проблема развития ДЭП у пациентов с АГ остается актуальной по следующим причинам: нарушение когнитивных функций, в связи с этим снижение социальной и профессиональной активности, инвалидизации вплоть до полной зависимости от окружающих, важность одновременного применения антигипертензивной терапии и ноотропного лечения для профилактики когнитивных нарушений [4].

Цель

Сравнить клиничко-лабораторные показатели мужчин и женщин с артериальной гипертензии дисциркуляторной энцефалопатией.

Материал и методы исследования

Ретроспективно был проведен анализ 43 медицинских карт пациентов с артериальной гипертензией, в анамнезе которых имелась дисциркуляторная энцефалопатией 2 степени, которые прошли курс лечения в учреждении здравоохранения «Гомельский областной клинический кардиологический центр» за период с 01.09.2020 по 13.10.2020.

Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладного программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0.

Оценка нормальности распределения признаков проводилась с использованием критерия Шапиро – Уилка. В случае распределения количественных показателей, отличавшихся от нормального, данные представлялись в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей: Me (25 %; 75 %), при нормальном распределении признаков – в виде среднего арифметического и стандартного отклонения среднего арифметического ($M \pm SD$). Статистический анализ качественных параметров был проведен при помощи критерия Фишера. При принятии решения о равенстве групп в качестве порогового значения определяли $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования все пациенты были разделены на две группы: в первую вошли мужчины, во вторую женщины. Средний возраст мужчин составил 73,3 (67; 81,5) года, а женщин – 71 (67,5; 77,5) год. У женщин артериальная гипертензия 2 типа встречалась чаще (85 %), у мужчин же чаще была диагностирована артериальная гипертензия 3 типа (56 %), что оказалось статистически значимым ($\chi^2 = 6,15$, $p = 0,018$). У всех пациентов был выявлен 4 риск АГ.

Дисциркуляторная энцефалопатия у всех мужчин проявлялась церебростеническим синдромом, у женщин с равной частотой встречался вестибулоатактический и церебростенический синдромы.

При расчете ИМТ результаты показали, что у 95% мужчин и женщин был повышен ИМТ. Среднее систолическое артериальное давление среди женщин составило 140 (130; 142,5) мм рт. ст., среди мужчин данный показатель составил 130 (120; 130) мм рт. ст., что оказалось статистически значимым ($p = 0,01$).

Уровень креатинина у женщин в биохимическом анализе крови составил 77(85,2; 97,1) мкмоль/л, у мужчин же данный показатель составил 66,6(80; 84,5) мкмоль/л, что оказалось статистически значимым ($p = 0,017$). У женщин показатели триглицеридов оказались выше (1,3 (1,9; 2,2) ммоль/л), чем у мужчин (1,1 (1,415; 1,55) ммоль/л.) ($p = 0,02$). Статистически значимыми оказались показатели ЛПНП ($p = 0,005$), у женщин уровень составил 2,4 (3; 3,7) ммоль/л, у мужчин – 1,5 (1,9; 2,2) ммоль/л, что. Уровень СОЭ у женщин составил 7,5 (10; 14) мм/ч, что выше, чем у мужчин 13 (15,5; 21) мм/ч, что оказалось статистически значимым ($p = 0,04$).

Выводы

В ходе исследования у женщин артериальная гипертензия 2 степени встречалась чаще в сочетании с цереброастеническим и вестибулоатактическим синдромом. У мужчин чаще встречалась артериальная гипертензия 3 типа с цереброастеническим синдромом. Пациентам с сочетанной патологией рекомендована регулярная консультация у врача кардиолога и невролога, постоянный контроль уровня артериальной гипертензии, профилактика приверженности пациентов к терапии. У мужчин и женщин был повышен уровень ИМТ, в связи с чем рекомендован контроль массы тела всем пациентам. При исследовании лабораторных показателей уровень креатинина, триглицеридов и ЛПНП был выше у женщин, чем у мужчин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балунов, О. А. Межгрупповые различия клинико-мрт показателей у больных дисциркуляторной энцефалопатией с различным типом течения артериальной гипертензией / О. А. Балунов, Н. А. Ананьева, Т. С. Разоренова, Л. В. Лукина // Регионарное кровообращение и микроциркуляцию. – 2005. – № 3. – С. 27–33.
2. Кичерова, О. А. Современные проблемы дисциркуляторной энцефалопатии / О. А. Кичерова, Л. И. Рейхерт, Л. В. Граф, Ю. И. Доян // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – № 3. – С. 137–137.
3. Камчатнов, П. Р. Хронические расстройства мозгового кровообращения у больных с артериальной гипертензией / П. Р. Камчатнов, А. В. Чугунов, С. А. Воловец, Х. Я. Умарова // Клиницист. – 2006. – № 2. – С. 14–16.
4. Шишкова, В. Н. Значение выбора гипотензивной терапии в коррекции поражений головного мозга: от легких когнитивных нарушений до деменции / В. Н. Шишкова // Системные гипертензии. – 2015. – № 1. – С. 58–64.

УДК 616.155.392-036.11-053.2:575:577.152.211

И. П. Карнацевич, Д. Ю. Лебешев

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. П. Ромашевская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ТИОПУРИН S-МЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Введение

Лейкоз – злокачественное заболевание кроветворной системы, которое характеризуется опухолевой пролиферацией незрелых клеток – предшественников лейкоцитов. Лейкозы занимают ведущее место и составляют 40 % всех злокачественных новообразований в возрасте до 15 лет [1]. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является самой большой группой лейкозов у детей и составляет 70–80 % от всех. Смертность от лейкозов является лидирующей в структуре смертности от злокачественных новообразований в детском возрасте [2].