

К. В. Казаков, А. Ю. Киптик

Научный руководитель: ассистент Т. А. Курман

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2018-2023 ГГ.

Введение

Системные васкулиты (СВ) – гетерогенная группа заболеваний, основным морфологическим признаком которых считают воспаление сосудистой стенки, а клинические проявления зависят от типа, калибра, локализации пораженных сосудов и активности системного воспаления [1]. Данная группа заболеваний встречается относительно редко, однако в последние годы число выявляемых случаев растёт.

Гранулематоз Вегенера – заболевание из группы системных васкулитов, характеризующееся развитием некротизирующего гранулематозного воспаления и некротизирующего васкулита с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, легких и почек. Заболеваемость составляет 4 случая на 1 млн населения, распространенность – 3 случая на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости отмечают в возрасте 40 лет. Мужчины болеют в 1,3 раза чаще женщин [2]. Этиология данного заболевания в настоящий момент остается малоизученной. Основными этиологическими агентами считаются инфекционные (стрептококки, иерсинии, хламидии, сальмонеллы, кампилобактерии, микоплазмы, вирусы гепатита В и С, вирус Эпштейна – Барр, грибы), индивидуальная гиперчувствительность к лекарственным средствам (антибиотикам, антитуберкулезным и противовирусным средствам), генетическая предрасположенность [1].

В основе патогенеза гранулематоза Вегенера лежит связывание антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) с мембраной нейтрофилов, их последующая дегрануляция и миграция из сосудистого русла с образованием сосудистой гранулемы [3].

В дебюте и развернутой стадии заболевания, как правило, наблюдают общие симптомы воспаления: лихорадку, слабость, похудание, миалгии, артралгии и реже артриты. При высокой степени активности и поражении почек больные могут выходить на почечную недостаточность с развитием нефротического синдрома.

Цель

Провести анализ заболеваемости гранулематозом Вегенера в Гомельской области на основании данных карт стационарных пациентов учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» за 2018–2023 гг.

Материал и методы исследования

Для исследования было отобрано 40 карт стационарных пациентов учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» за период с 2018 по 2023 год с диагнозом «Болезнь Вегенера». Средний возраст пациентов составил $45,2 \pm 13$ лет. Количество женщин составило 21 (52,5 %) человек, мужчин – 19 (47,5 %) человек. Средний возраст женщин составил $48,2 \pm 10,8$ года, мужчин – $41,9 \pm 14,7$ лет. Среднее количество койко-дней, проведенных пациентами на стационарном лечении, составило 10 дней. В ходе исследования была изучена научная литература по теме исследования. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Statistica 13.0 (Trial-версия).

Данные представлены в виде доли (р, %). Для вычисления статистической значимости различий частот в группах исследования использовали критерий χ^2 с поправкой Йейтса. Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании полученных данных из карт стационарных пациентов и изученного материала по исследуемой теме, был проведён анализ заболеваемости Болезнью Вегенера за указанный промежуток времени:

1. Женщины страдают данным заболеванием чаще мужчин ($\chi^2 = 0,05$, $p > 0,05$) – на 40 пациентов с гранулематозом Вегенера пациентов женского пола – 21 (52,5 %), мужского пола – 19 (47,5 %). Данные не совпадают с исследованиями зарубежных ученых, согласно которым мужчины болеют в 1,4 раза чаще женщин [2].

2. Средний возраст пациентов составил $45,2 \pm 13$ лет, что совпадает со средним общемировым значением – пик заболеваемости отмечается в возрасте 40 лет.

3. При изучении данных карт пациентов, из сопутствующей патологии наиболее часто встречались: артериальная гипертензия – 29 (72,5 %) пациентов ($\chi^2 = 14,45$, $p < 0,05$), ишемическая болезнь сердца – 9 (22,5 %) пациентов ($\chi^2 = 22,05$, $p < 0,05$), хроническая болезнь почек – 10 (25 %) пациентов ($\chi^2 = 18,05$, $p < 0,05$).

4. Основные жалобы, предъявляемые пациентами: слабость – 10 (25 %) пациентов ($\chi^2 = 18,05$, $p < 0,05$), отеки различных локализаций – 7 (17,5 %) пациентов ($\chi^2 = 31,25$, $p < 0,05$), боли в суставах – 8 (20 %) пациентов ($\chi^2 = 26,45$, $p < 0,05$), одышка – 12 (30 %) пациентов ($\chi^2 = 11,25$, $p < 0,05$), затрудненное носовое дыхание – 8 (20 %) пациентов ($\chi^2 = 26,45$, $p < 0,05$), выделения из ушей и глаз – 7 (17,5 %) пациентов ($\chi^2 = 31,25$, $p < 0,05$), нарушение слуха – 5 (12,5 %) пациентов ($\chi^2 = 42,05$, $p < 0,05$).

6. В качестве терапии использовались: глюкокортикостероиды – в 31 (77,5 %) случае ($\chi^2 = 22,05$, $p < 0,05$), цитостатические препараты – в 32 (80 %) случаях ($\chi^2 = 26,45$, $p < 0,05$), ингибиторы протонной помпы – в 23 (57,5 %) случаях ($\chi^2 = 1,25$, $p > 0,05$), противорвотные препараты – в 16 (40 %) случаях ($\chi^2 = 2,45$, $p > 0,05$). К оперативному лечению прибегали в 4 (10 %) случаях ($\chi^2 = 48,05$, $p < 0,05$).

Выводы

1. За период с 2018 по 2023 годы в Гомельской области на стационарном лечении в Гомельской областной клинической больнице находились 40 пациентов с диагнозом «Гранулематоз Вегенера».

2. Распределение пациентов по полу не соответствует данным, общепринятым в научной литературе.

3. Средний возраст пациентов совпадает с данными, представленными в литературе: средний возраст заболевших – $45,2 \pm 13$ лет.

4. Гранулематоз Вегенера характеризуется множеством сопутствующих патологий, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая болезнь почек.

5. Заболевание протекает с жалобами, такими как отёки, боли в суставах, одышка, затрудненное носовое дыхание, выделения из ушей и глаз, нарушение слуха. Данные жалобы характерны для данного заболевания и тесно связаны с его патогенетическими механизмами.

6. Лечение гранулематоза Вегенера проводилось согласно общим принципам терапии системных васкулитов: применение глюкокортикостероидов и цитостатиков. В некоторых случаях для купирования специфической симптоматики со стороны ЛОР-органов применялись оториноларингологические операции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 408 с.

2. Мухина, Н. А. Внутренние болезни / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1264 с.

3. Новикова, И. А. Аутоиммунные заболевания : диагностика и принципы терапии : учеб. пособие / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск : Выш. шк. , 2017. – 367 с.

УДК 616.124-06-073.7

Я. В. Казиминова

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО СОЕДИНЕНИЯ КАК СВЯЗУЮЩИЙ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ДЛЯ СРАВНЕНИЯ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА И СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

Введение

Морфологическим субстратом синдрома Вольфа – Паркинсона – Уайта (WPW) являются дополнительные предсердно-желудочковые соединения, или так называемые мышечные мостики. Большинство гистологически идентифицированных дополнительных путей представляет собой тонкие нити рабочего миокарда предсердий шириной от 0,1 до 7 мм. Одной из причин синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) является функционирование дополнительных путей проведения. Исследователи полагают, что зазубрина на нисходящей части комплекса QRS представляет собой отсроченную дельта-волну, появляющуюся вследствие наличия аномальных путей проведения. Укорочение интервала PQ, встречающееся на ряде ЭКГ, также является одним из доказательств наличия дополнительного пути проведения импульса [1, 2]. Рассматривая вопрос прогностической значимости исследуемых синдромов, и учитывая мировой опыт клинических исследований, можно определить, что вероятность развития внезапной смерти при синдроме WPW в течение 10 лет составляет от 0,15 до 0,39 %, что выше общепопуляционного риска, который находится на уровне менее 0,1 % [3]. Так же к концу 1-го десятилетия XXI века была показана связь ЭКГ-проявлений ранней реполяризации желудочков и внезапной сердечной смерти: выявление признака J-point в «нижних» отведениях ЭКГ по сравнению с другими локализациями увеличивала риск смерти в 1,3 раза (1,0–1,6), а регистрация элевации J-point на 2 мВ и более увеличивала риск смерти в 3,0 раза (1,9–4,9) [1].

Цель

Определить особенности клинического течения, а также сочетание с нарушениями ритма и проводимости сердца у пациентов с феноменом и различными клиническими формами синдрома Вольфа – Паркинсона – Уайта по сравнению с пациентами с синдромом ранней реполяризации желудочков.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента (51 человек) с диагнозами: синдромом или феноменом Вольфа – Паркинсона – Уайта (30 пациентов) и синдромом ранней реполяризации желудочков (21 пациент), находившихся на стационарном лечении в Учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр» в период с 2019 по 2021 год, и в кардиологическом отделении Учреждения «Гомельская городская клиническая больница № 3» за 2019 год. Проведен корреляцион-