

Выводы

Из результатов данного исследования прослеживается закономерность изменения показателей функций почек при остром коронарном синдроме. На фоне проводимого лечения у всех пациентов наблюдалась положительная динамика относительно снижения уровня креатинина и увеличения СКФ. На практике рекомендовано использовать определение уровней биомаркеров острого повреждения почек, наряду с определением уровня сывороточного креатинина и СКФ, что позволит на более ранних этапах выявлять данное состояние и проводить профилактику [1].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демчук, О. В. Острая дисфункция почек – маркер неблагоприятного прогноза у пациентов с инфарктом миокарда и чрескожными коронарными вмешательствами / О. В. Демчук, И. А. Сукманова // Бюллетень медицинской науки. – 2022. – № 2. – С. 19–27.
2. Баталина, М. В. Нефрологические аспекты острого коронарного синдрома / М. В. Баталина, В. А. Федюнина, Н. В. Копылова, В. А. Баталин // Оренбургский медицинский вестник. – 2019. – Т. VII, № 1. – С. 14–19.
3. Велиев, И. О. Анализ оказания скорой неотложной медицинской помощи при остром коронарном синдроме на базе ОГБУЗ «ИССМП» города Иркутска / И. О. Велиев, А. Ш. Ибрагимов, Ю. О. Петухова, А. С. Фомина // Актуальные вопросы современной медицины. Материалы III Дальневосточного медицинского молодежного форума. – 2019. – № 23. – С. 309–311.
4. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/>. – Дата доступа : 01.02.2024.

УДК 616.348-002+616.344-002-031.84]-074/-078

А. С. Лежайко, Д. Д. Кухленкова

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева, к.м.н., доцент Е. В. Цитко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Введение

Язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) представляют собой одну из наиболее актуальных задач в гастроэнтерологии на сегодняшний день. Связано это с неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом [1]. Диагноз ЯК и БК устанавливается на основании данных истории заболевания, клинической картины, рентгенологических, эндоскопических и морфологических изменений [2]. Трудности в диагностике воспалительных заболеваний кишечника связаны с поздним обращением пациентов за медицинской помощью, многообразной клинической картиной и системными проявлениями [3].

Инструментальные методы диагностики являются «золотым стандартом» в диагностике ВЗК. Лабораторные биомаркеры позволяют оценить состояние пациента во время лечения, показать возможный исход заболевания и предполагаемые результаты лечения [2, 4].

Цель

Определить изменение основных лабораторных данных у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Проведен ретроспективный анализ 35 медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении в 2023 году. Из них 22 случая приходится на ЯК и 13 случаев – на БК. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2016. При нормальном распределении величин рассчитывалось среднее и его среднеквадратичное отклонение ($M \pm m$), при отличном от нормального – медиана (Me) и межквартильный размах (25%–75%).

Результаты исследования и их обсуждение

В общем анализе крови у пациентов с ЯК отмечалось повышение эритроцитов и тромбоцитов на 4,84 и 5,74% соответственно по сравнению с БК. Показатель СОЭ также при ЯК выше на 17,1%. У пациентов с БК отмечалось повышение лейкоцитов на 2,34% по сравнению с ЯК, однако в двух группах значения оставались в пределах нормы.

Характерными оказались изменения и в биохимическом анализе крови. При ЯК отмечалось повышение общего белка на 1,17%, креатинина на 3,75%, холестерина на 0,63% по сравнению с БК.

Показатель С-реактивного белка повышен при БК на 60% по сравнению с ЯК ($p < 0,0001$). Это связывают с тем, что при БК воспаление трансмуральное, а при ЯК в пределах слизистой оболочки.

Железодефицитная анемия отмечалась у 5 (22,73%) пациентов с язвенным колитом и у 5 (38,56%) пациентов с болезнью Крона.

Таблица 1 – Показатели ОАК у пациентов с ЯК и БК

Показатель	ЯК		БК		Статистическая значимость, p
	Среднее значение	Медиана	Среднее значение	Медиана	
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,75	4,76 (4,34; 5,1)	4,52	5,14 (4,13; 4,8)	0,13
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	6,68	7 (6,03; 7,7)	6,84	6,6 (5,75; 8,4)	0,39
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	302,46	296 (266; 338,25)	285,1	260 (235,5; 325)	0,56
Гемоглобин, г/л	134,82	142 (122,25; 151)	132,1	129 (121,5; 147,5)	0,77
СОЭ, мм/ч	15,68	14 (10,5; 17,75)	13	7 (7; 10)	0,36

Таблица 2 – Показатели БАК у пациентов с ЯК и БК

Показатель	ЯК		БК		Статистическая значимость, p
	Среднее значение	Медиана	Среднее значение	Медиана	
Общий белок, г/л	74,42	75,2 (67; 80,2)	73,55	72,1 (70,05; 78,1)	0,59
С-реактивный белок	6,52	2,5 (1,08; 4,78)	16,26	2,85 (1,08; 11,3)	<0,0001
Мочевина, ммоль/л	5	4,7 (4,3; 6,35)	5,65	5,9 (4,9; 6,4)	0,77
Креатинин, мкмоль/л	91,43	95 (82; 101)	88	68 (78; 98)	0,87
Холестерин, ммоль/л	4,79	4,9 (3,9; 5,4)	4,76	4,2 (3,7; 5,9)	0,02
Fe, нмоль/л	12,65	12,5 (9,45; 14,25)	13,75	13,15 (6,85; 18,23)	0,17
Ферритин, нг/мл	53	31,5 (25; 64,25)	69,95	52 (30; 92,2)	0,44
ЩФ, Ед/л	132,59	128,5 (102,5; 149)	159	122 (110; 215,5)	0,01
Амилаза, Ед/л	60,68	49 (34,5; 79,5)	112,75	112,5 (66; 143,25)	0,09
АСТ, Ед/л	18,41	17 (14; 18,75)	24,18	22 (18; 30)	0,43
АЛТ, Ед/л	22,64	15 (13; 20)	32,55	20 (14; 51,5)	0,61
Глюкоза, ммоль/л	4,85	4,6 (4,1; 5,2)	4,65	4,3 (4,05; 4,65)	0,35

Выводы

В результате исследования у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона показатели общего анализа крови, за исключением СОЭ, оставались в пределах нормы. Повышение С-реактивного белка свидетельствует о наличии воспалительного процесса и является признаком тяжелого течения заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие для студентов субординатуры по терапии / Е. Г. Малаева. – Минск: Новое знание, 2016. – 293 с.
2. Совалкин, В. И. Современный взгляд на патогенез и лабораторную диагностику язвенного колита (обзор литературы) / В. И. Совалкин, Г. Р. Бикбаева, Ю. А. Емельянова // Архив внутренней медицины. – 2017. – № 7(4). – С. 252–259.
3. Алексеева, О. П. Возможности дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии сыворотки крови / О. П. Алексеева, Н. Н. Миронов, С. В. Криштопенко // Медицинский альманах. – 2010. – № 1(10). – С. 83.
4. Тестовые задания по внутренним болезням: учеб.-метод. пособие для студентов 4–6 курсов всех факультетов медицинских вузов / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2015. – 80 с.

УДК 616.12-008.318-053

А. П. Леончик, Е. А. Астапенко

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры Т. В. Алейникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЦИРКАДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ

Введение

Метод холтеровского мониторирования (ХМ) представляет собой длительную регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) в условиях свободной активности обследуемого пациента с последующим проведением расшифровки полученной записи на специальном устройстве [1].

ХМ позволяет выявить качественную и количественную информацию о нарушениях ритма и проводимости, изменениях сегмента ST, интервала QT, изучить вариабельность сердечного ритма (ВСР), оценить циркадный профиль сердечного ритма по значениям циркадного индекса (ЦИ), как отношения средней дневной к средней ночной частоте сердечных сокращений. [2,3] Норма циркадного индекса у взрослых мужчин и женщин должна находиться в пределах 1,24–1,44. Снижение циркадного индекса менее 1,2 (ригидный циркадный профиль) отмечается при заболеваниях, связанных с вегетативной «денервацией» сердца. Усиление циркадного профиля ритма сердца (ЦИ > 1,45) связано с повышенной чувствительностью сердечного ритма к симпатической стимуляции и отмечается у пациентов с идиопатической суправентрикулярной и желудочковой тахикардией, первичной легочной гипертензией и ряде других заболеваний [3].

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) – метод, оценивающий соотношение между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы и отражающий степень нарушения вегетативной регуляции. Исследование ВСР имеет важное прогностическое и диагностическое значение при обследовании пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, эндокринной систем [4].

Цель

Проанализировать и сравнить значения ЦИ, временных показателей ВСР у пациентов разных возрастов.