

**А. Н. Бердан, Д. В. Коноплицкая**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА**

### ***Введение***

Синдром Дресслера (постинфарктный синдром) – аутоиммунное осложнение инфаркта миокарда (ИМ), развивается через 2–3 недели после ИМ. Частота его в настоящее время не превышает 1% [1].

Характерными признаками синдрома Дресслера являются перикардит, плеврит и пневмонит, сопровождающиеся повышением температуры тела, лейкоцитозом, увеличением СОЭ, эозинофилией. В некоторых случаях синдром Дресслера приобретает «абортное» течение, проявляясь только повышением СОЭ, слабостью, тахикардией [2].

### ***Цель***

Провести сравнительный анализ особенностей клинической картины у пациентов по полу с синдромом Дресслера.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 18 историй болезни пациентов с установленным диагнозом синдром Дресслера. Для анализа использовался архивный материал из учреждения «Гомельский областной кардиологический центр». По полу было выделено 2 группы: в первую группу вошли женщины  $n=5$ , средний возраст которых составил  $66\pm 12,38$  лет. Вторую группу составили мужчины  $n=13$ , средний возраст которых  $62,08\pm 10,64$  лет. Для создания первичных данных для анализа использовался редактор электронных таблиц Microsoft Excel, версия 16.16.4 (181110) (Microsoft Office, Microsoft Corporation 2016). Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Полученные данные представлены в формате Me – медиана, 25% – нижний квартиль, 75% – верхний квартиль. При сравнении независимых групп использовали непараметрический метод – U-критерий Манна – Уитни. Результаты анализа считаются статистически значимые при  $p<0,05$ .

### ***Результаты исследования и их обсуждения***

Синдром Дресслера редкое осложнение инфаркта миокарда: у 6 (33,3%) пациентов был диагностирован крупноочаговый инфаркт, а у остальных 12 (66,7%) – трансмуральный инфаркт миокарда. Интоксикационный синдром отмечался у 6 (33,3%) пациентов.

Согласно полученным данным все пациенты жаловались на слабость и давящие боли в грудной клетке, а у одного пациента присутствовало учащенное сердцебиение и чувство нехватки воздуха. Анализ показателей показал следующее: показатель КСР (конечный систолический размер левого желудочка) на 23% ниже у женщин в сравнении с мужчинами ( $p = 0,0042$ ), показатель КДР (конечный диастолический размер левого желудочка) у мужчин составил  $Me = 130$  (от 100 до 165), у женщин  $Me = 88$  (от 77 до 92). СРБ сильно повышен у мужчин и составляет  $Me = 38$  (от 15 до 83,1), а у женщин составляет  $Me = 43,6$  (от 12,7 до 90). Показатели АлАТ были повышены как у мужчин  $Me = 58,7$  (от 26,6 до 77,1), так и у женщин  $Me = 47,7$  (от 40,7 до 56). АсАТ повышен у мужчин  $Me = 68,2$  (от 34,9 до 236,6), у женщин  $Me = 195,5$  (от 56,9 до 246,7). Показа-

тель КФК-МВ значительно повышен у разных групп и составляет: мужчины  $Me = 110,3$  (от 36,2 до 258,7), женщины  $Me = 143,6$  (от 111,8 до 184,3). СОЭ повышено и у мужчин  $Me = 48$  (от 46 до 54), и у женщин  $Me = 40$  (от 36 до 49). Показатель МНО в норме и составляет у мужчин  $Me = 1,2$  (от 1,1 до 1,5), у женщин  $Me = 1,14$  (от 1,1 до 1,16). Креатинин в норме как у мужчин  $Me = 91,2$  (от 80,5 до 115), так и у женщин  $Me = 77,7$  (от 77,4 до 81,2). Лейкоциты повышены и составляют у мужчин  $Me = 12$  (от 11,3 до 13,9), у женщин  $Me = 13,3$  (от 10,6 до 13,9). По данным ЭКГ у всех пациентов наблюдается динамика после перенесенного инфаркта миокарда, также у одного пациента блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, а у другого – единичная экстрасистолия. На ЭХО-КГ среди исследуемых пациентов акинез наблюдался у 3 (16,7%) женщин и у 7 (38,89%) мужчин, также у 12 пациентов сепарация листков перикарда, из которых была у 4 (22,2%) женщин и 8 (44,4%) мужчин.

### **Выводы**

Диагноз синдром Дресслера выставляется на основании характерной клинической картины, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования. Данное осложнение наблюдается чаще у мужчин, чем у женщин.

Чаще всего наблюдались жалобы на слабость и боли в грудной клетке, у 6 (33,3%) пациентов является осложнением крупноочагового и у 12 (66,7%) пациентов трансмурального инфаркта миокарда. У всех пациентов повышается С-реактивный белок, КФК МВ, СОЭ, АлАТ, АсАТ. По ЭКГ признакам у всех динамика перенесенного инфаркта миокарда.

У врачей, ведущих пациентов, перенесших повреждения миокарда различного генеза (острый инфаркт миокарда, кардиохирургические операции, тяжелые травмы сердца и др.), всегда должна быть настороженность в связи вероятностью развития синдрома Дресслера. Быстрое установление диагноза, правильная терапия, выполнение рекомендаций пациентом способны благоприятно разрешить данное постинфарктное осложнение.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Клинические рекомендации: перикардиты / ред. Российское кардиологическое общество. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 55 с.
2. Национальные рекомендации: Диагностика и лечение острых коронарных синдромов с подъемом и без подъема сегмента ST на ЭКГ / ред. Белорусское научное общество кардиологов. – 2010. – 39 с.

**УДК 616.839:378.6-057.875(476.2-25)**

**Н. П. Бичан, К. А. Казначеева**

*Научный руководитель: ассистент кафедры А. В. Проневич*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

### **Введение**

Синдром вегетативной дисфункции (СВД) интерпретируется как совокупность полисистемных расстройств, причиной которых являются нарушения высших вегетативных центров. На сегодняшний день количество молодых людей, отмечающих у себя сим-