

ное повышение уровня АЛТ в плазме крови при классе тяжести А и В, при этом нормальный уровень АСТ. Что касается класса тяжести С, отмечается низкий уровень АЛТ и нормальный уровень АСТ плазмы крови. При нарушении биосинтетической функции печени в результате цирроза отмечается низкое содержание альбумина и протромбина в плазме крови. По полученным данным, наличие гипоальбуминемии было отмечено как у мужчин, так и у женщин с классом тяжести В и С. В отношении ПТИ снижение выявлено только у пациентов с классом тяжести С.

Выводы

Результаты исследования показывают наличие гендерных различий и различий по классу тяжести в клиническом течении ЦП. У женщин при классе тяжести А не наблюдается никаких отклонений от нормы. У мужчин при классе тяжести А показатели крови остаются в норме, а клинически у 83,33 % наблюдается ВРВП и у 33,3 % — асцит 1 ст. При классе тяжести В как у мужчин, так и у женщин наблюдается ПЭ, ВРВП и асцит 1 ст., что касается показателей крови, то у мужчин наблюдается повышение билирубина, АСТ, АЛТ и незначительное снижение альбумина. У женщин также повышается билирубин, АЛТ и снижается альбумин, а все остальные показатели находятся в норме. При классе тяжести С у всех пациентов отмечается ПЭ, ВРВП и асцит 2 ст., при биохимическом анализе крови отмечается повышение билирубина в 5 раз, увеличение АСТ только у мужчин и снижение АЛТ, альбумина и ПТИ, что говорит о выраженной печеночно-клеточной недостаточности и высокой степени цитолиза гепатоцитов.

УДК 616.132-007.64:616.12

РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ

Медведев М. А.

**Научные руководители: ассистент Т. А. Курман;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

Аневризма брюшного отдела аорты (АБОА) — это хроническое, часто асимптомное заболевание сопряжено с повышенным риском осложнений и смертности. Брюшной отдел аорты подвержен большим колебаниям, чем другие, более мелкие и упругие артерии [1]. Абдоминальная аорта эластичнее, чем более мелкие сосуды, но более ригидна, чем грудной отдел, из-за повышенного содержания коллагена по отношению к эластину. Эти факторы создают условия, в которых брюшной отдел аорты подвергается повышенному давлению и нагрузке, что ведет к различным последствиям [2]. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, патология со стороны почек и т. д. — это факторы, которые способствуют ослаблению среднего слоя аорты [3]. Риск расслоения возрастает в результате патологических процессов, приводящих к увеличению объема левого желудочка [4].

Цель

Проанализировать индекс Робинсона (ИР) у пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов Гомельской клинической больницы № 3 за период 2017–2019 гг. с клиническим диагнозом аневризма брюшного отдела аорты.

Результаты исследования и их обсуждение

Было проанализировано 74 карты стационарных пациентов, из них 36 лица мужского пола, 38 — женского. Средний возраст пациентов составил 64,5 года среди женщин и 61 — среди мужчин. Индекс Робинсона дает количественную оценку энергопотенциала организма, показывает резерв функциональной способности сердца. Индекс Робинсона рассчитывается по формуле: $ДП = (ЧСС \times АДс) / 100$, где ЧСС — частота сердечных сокращений; АДс — систолическое артериальное давление. Основные показатели индекса отображены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка риска кардиоваскулярных осложнений по индексу Робинсона

Значения индекса Робинсона	Индекс Робинсона среди пациентов с АБОА	Пол
96–120 у.е. высокий риск	116 у.е. 59 %	М — 72,7 %
		Ж — 27,3 %
76–95 у.е. умеренная степень риска	80 у.е. 31 %	М — 69,6 %
		Ж — 30,4 %
65–75 у.е. низкий риск	74 у.е. 10 %	М — 28,6 %
		Ж — 71,4 %

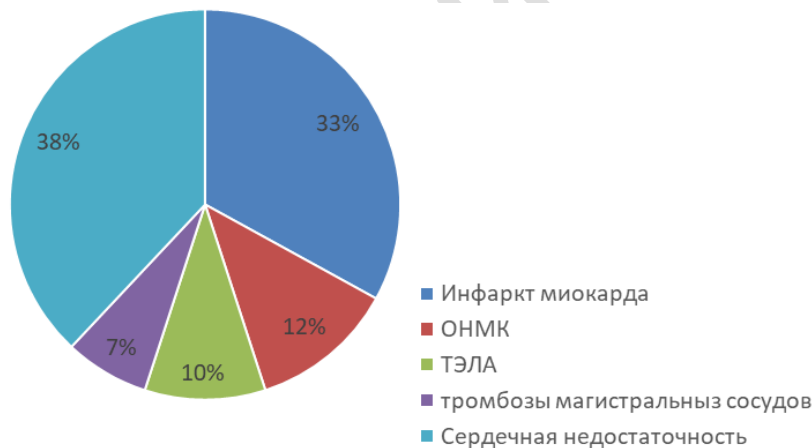


Рисунок 1 — Коморбидная патология у пациентов с АБОА

Выводы

У большинства пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты (59%) установлен высокий индекс Робинсона, что является фактором высокого риска возникновения кардиоваскулярных расстройств в раннем послеоперационном периоде, что следует учитывать при тактике ведения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия, Л. А. Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты 2013 г. / Л. А. Бокерия, А. В. Покровский, А. Ф. Харазов // Ангиол. и сосуд. хир. — 2013. — Т. 19 (Прил.). — С. 33–34.
2. Prospective evaluation of postimplantation syndrome evolution on patient outcomes after endovascular aneurysm repair for abdominal aortic aneurysm / E. Arnaoutoglou [et al.] // J. Vasc. Surg. — 2016. — № 4. — Р. 1–8.
3. Кардиальные осложнения и их профилактика в хирургии аневризм брюшной аорты / А. М. Чернявский [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. — 2013. — № 4. — С. 88–93.
4. Кардиальные осложнения и их профилактика в хирургии инфраренальной аневризмы брюшной аорты / А. А. Карпенко [и др.] // Патология кровообращения и кардиохирургия. — 2013. — № 1. — С. 79–85.