

тором коарктация находится проксимальнее открытого артериального протока с высокой смертностью в раннем детском возрасте, и постдуктальный (взрослый) тип, при котором во многих случаях коарктация сочетается с другими пороками сердца. По второй классификации выделяют 4 типа сужения: изолированная коарктация аорты; коарктация аорты в сочетании с открытым артериальным протоком; коарктация аорты в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки; коарктация аорты в сочетании с другими врожденными пороками сердца.

Любая коарктация аорты характеризуется неблагоприятным течением, особенно в случаях сочетания с другими пороками, и является абсолютным показанием к проведению хирургического вмешательства. Наиболее целесообразно проведение коррекции в промежутке от 7 до 9 лет. Риски операции зависят от возраста, тяжести состояния и анатомических особенностей порока. В грудном возрасте проводится интимопластика аорты лоскутом левой подключичной артерии. В возрасте старше 1 года наиболее оптимальна резекция коарктации аорты с анастомозом «конец в конец». При возрасте пациента старше 10 лет резекция проводится с использованием синтетического протеза. Наиболее опасное из послеоперационных осложнений — острая ишемия спинного мозга из-за пережатия аорты во время операции с возникновением стойких парезов и параличей. Развивается данное осложнение в 0,4 % случаев при пережатии аорты в диапазоне от 30 минут до 4 часов.

Подтверждающим методом в диагностике является эхокардиография, в сомнительных случаях проводится контрастная аортография через подлопаточную ветвь подключичной артерии. На рентгенограмме видна узурация («зарубки») на нижнем крае ребер [3].

Выводы

Исходя из полученных данных и ссылаясь на ранее упомянутые факты, данный клинический случай отражает морфологические и клинические особенности коарктации аорты, являющейся врожденным пороком развития сердечно-сосудистой системы. Кроме того, были отмечены способы диагностики и подчеркнута значимость своевременного лечения представленной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по кардиологии / Н. А. Манак [и др.]; сост. и ред. Н. А. Манак. — Минск: Беларусь, 2003. — 624 с.
2. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 10. Диагностика болезней внутренних органов и сосудов / А. Н. Окорочков // Мед. лит. — 2005. — 384 с.
3. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / В. Кумар [и др.]; пер. с англ.; под ред. Е. А. Коган: в 3 т. — Т. 1, Гл. 1–10. — М.: Логосфера, 2014 — 624 с.

УДК 616.12-002.772-07-091.5

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЯ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кухарева Т. Ю., Медведева К. Д.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Г. В. Тищенко

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

Введение

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) — заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесенной острой ревматической

лихорадки (ОРЛ), вызываемой β -гемолитическим стрептококком группы А. Ведущей причиной ХРБС является перенесенная острая ревматическая лихорадка, проявляющаяся в виде формирования приобретенных пороков сердца с развитием хронической сердечной недостаточности, сердечных аритмий, тромбозов и тромбоэмболий, которые определяют прогноз заболевания [1, 2].

ХРБС затрагивает 33,4 млн человек во всем мире и вызывает 347 тыс. смертей ежегодно; 80 % случаев ОРЛ приходится на страны с низким и средним доходом [3].

Цель

Оценить данные сравнительной макроскопической морфометрии сердца по данным патологоанатомических исследований пациентов разных возрастных групп, умерших от ХРБС.

Материал и методы исследования

Материалом для изучения послужили данные 12 протоколов патологоанатомических вскрытий пациентов Гомельской области с хронической ревматической болезнью сердца, проведенных на базе ГУЗ «Гомельское областное патологоанатомическое бюро» с 2013 по 2020 гг.

В работе были проанализированы следующие данные: возраст пациентов, размер окружности фиброзного кольца клапанов, патоморфология клапанов сердца, толщина стенок желудочков, объем камер сердца.

Статистический расчет данных проводился с помощью программы «Microsoft Excel 2019».

Результаты исследования и их обсуждение

По данным изученных протоколов патологоанатомических вскрытий за исследуемый период времени от ХРБС умерло 58,3 % женщин и 41,7 % мужчин, медианный возраст умерших составил 59,5 (27; 89) лет. Самому молодому пациенту было 27 лет, самому старшему — 89 лет.

Среди исследуемых протоколов монопоражение митрального клапана было обнаружено у 8,3 % пациентов, аортального клапана у 16,7 % пациентов. Комбинированный митрально-аортальный порок был выявлен у 41,7 % пациентов, комбинированный митрально-трикуспидальный порок — у 16,7 % пациентов, комбинированный митрально-аортально-трикуспидальный ревматический порок сердца — у 16,7 % пациентов.

По данным вскрытий протезирование клапанов сердца наблюдалось у 66,7 % пациентов, среди них протез митрального клапана обнаружен у 41,7 % пациентов, аортального — у 25 %. Прижизненная пластика трикуспидального клапана была выполнена у 50 % пациентов, митрального — у 16,7 %.

Среди полученных данных из протоколов вскрытий была рассчитана частота встречаемости тех или иных пороков сердечных клапанов у пациентов с ХРБС. Недостаточность сердечных клапанов была выявлена в 41,7 % случаях. Из них комбинированная митрально-трикуспидальная недостаточность была обнаружена в 16,7 % случаях, митрально-аортальная недостаточность в 8,3 % случаях, трикуспидальная — 8,3 %, аортальная — 8,3 %. Стеноз сердечных клапанов наблюдался также в 41,7% случаях. Стеноз митрального клапана выявлен в 16,7 % случаях, аортальный стеноз — в 25 % случаях. Сочетанный порок клапанов сердца (стеноз и недостаточность) зарегистрирован в 25 % случаях. В первом случае был выявлен сочетанный порок митрального и аортального клапана, во втором — только митрального, в третьем — только аортального клапана.

Была произведена оценка показателей длины окружности фиброзного кольца пораженных клапанов сердца, без учета данных о протезированных клапанах и клапанов с выполненной пластикой. Длина окружности фиброзного кольца пораженных клапанов с преобладанием их недостаточности составила: митрального клапана от 8,4 до 12 см, медиана составляет 10,2 (8,4; 12) см, аортального клапа-

на от 6,4 до 8,1 см, медианное значение 7,25 (6,4; 8,1) см, трикуспидального от 13,5 до 14 см, медиана равна 13,75 (13,5; 14) см. При ревматическом поражении аортального клапана с преобладанием его стеноза длина окружности фиброзного кольца составила от 4,5 до 6,5 см, медианное значение 5,5 (4,5; 6,5) см. При сочетанном пороке митрального сердечного клапана длина окружности фиброзного кольца находится в пределах от 7,5 до 8,5 см, медианное значение 8 (7,5; 8,5) см, аортального сердечного клапана от 6,5 до 7,5 см, медиана составила 7 (6,5; 7,5) см.

По данным исследованных протоколов у пациентов без выполненной пластики и протезирования пораженных клапанов сердца в 33,3 % случаях выявлен кальциноз створок клапанов с сужением просвета фиброзного кольца, в 41,7 % случаях обнаружен фиброз створок клапанов сердца с расширением их просвета.

Помимо оценки состояния сердечных клапанов, был произведен анализ толщины стенок и объема камер сердца. В 33,3 % случаях была выявлена концентрическая гипертрофия миокарда, в 66,7 % случаях эксцентрическая гипертрофия миокарда.

При исследовании камер сердца были выявлены следующие изменения их объема: расширение полостей желудочков — в 50 % случаях, расширение полости только правого желудочка — в 16,7 % случаях, расширение полостей только правой половины сердца — 8,3 % случаях, сужение полостей желудочков — 8,3 %, сужение полости только левого желудочка — 8,3 %, полости желудочков не изменены — 8,3 %. При патоморфологической оценке толщины стенок желудочков сердца выявлено: толщина стенки левого желудочка составила от 1,4 до 2,8 см, медианное значение 2,1 (1,4; 2,8) см, толщина стенки правого желудочка — от 0,2 до 1,0 см, медиана составила 0,6 (0,2; 1,0) см.

Выводы

Проведенный анализ данных показал, что значимых различий в возрастных группах не имеется. Статистически преобладает комбинированный митрально-аортальный порок сердца. ХРБС в равных процентных соотношениях приводит к развитию недостаточности или стеноза клапанов сердца (41,7 %), при этом сочетанный порок сердца встречается только в 25 % случаев. По данным вскрытий, чаще обнаруживаются фибротические изменения в клапанах сердца и гипертрофия миокарда эксцентрического типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные тенденции в вопросах профилактики, диагностики и лечения ревматической лихорадки и ревматической болезни сердца / Е. А. Якименко [и др.] // Медицинские новости Грузии. — 2019. — № 12. — С. 88–94.
2. Курбонова, Ф. У. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: современное состояние вопроса / Ф. У. Курбонова, С. М. Шукурова, З. Н. Зиёев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. — 2018. — Т. 8, № 2. — С. 278–285.
3. Rheumatic heart disease: infectious disease origin, chronic care approach [Electronic resource] / Judith M. Katzenellenbogen [et al.] // BMC Health Services Research. — 2017. — Mode of access: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2747-5>. — Date of access: 20.03.2021.

УДК 616.34-002-036.12-071-018.1-053.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НА ОСНОВАНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

Листопад Д. И., Губский Е. В.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Турченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) — это аутоиммунные заболевания, которые характеризуются хроническим прогрессиру-