

можным уменьшением его рецидива, а в СКВ — со значительным снижением позитивности анти-ДНК, являющейся биомаркером для клинических исследований. Тем не менее, необходимы новые рандомизированные клинические исследования с целью повышения доказательной базы по применению витамина D при ревматических заболеваниях с иммунной стимуляцией, особенно при СКВ и РА.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. One year in review 2016: pathogenesis of rheumatoid arthritis / E. Bellucci [et al.] // ClinExpRheumatol. — 2016. — Vol. 34. — P. 780–793.
2. Wen, H. Vitamin D, Immunoregulation, and Rheumatoid Arthritis / H. Wen, J. F. Baker // Journal of Clinical Rheumatology. — 2011. — Vol. 17, № 2. — P. 102–107.
3. Почкайло, А. С. Минеральная плотность костной ткани и обеспеченность витамином D здоровых белорусских детей / А. С. Почкайло, О. Ю. Самоховец // Боль. Суставы. Позвоночник. — 2012. — № 3 (7). — С. 101–102.
4. Vitamin D concentrations and disease activity in Moroccan children with juvenile idiopathic arthritis / I. Bouaddi [et al.] // BMC Musculoskeletal Disorders. — 2014. — Vol. 15. — P. 1471–2474.
5. Hollick, M. F. Medical progress: vitamin D deficiency / M. F. Hollick // N. Engl J Med. — 2007. — Vol. 357. — P. 266–281.
6. Wacker, M. Vitamin D — effects on skeletal and extraskelatal health and the need for supplementation / M. Wacker, M. F. Holick // Nutrients. — 2013. — Vol. 5, № 1. — P. 111–148.
7. A systematic review of the association between common single nucleotide polymorphisms and 25-hydroxyvitamin D concentrations / J. J. McGrath [et al.] // Steroid Biochem. Mol. Biol. — 2010. — Vol. 121, № 1–2. — P. 471–477.

**УДК 616.127-005.8-036.11-039.35-074**

**СТЕПЕНЬ ОТКЛОНЕНИЯ И ЗНАЧИМОСТЬ КОЭФФИЦИЕНТА ДЕ РИТИСА  
ПРИ ОСТРОМ И ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

**Романенко Е. Д., Шабусова Д. Н.**

**Научный руководитель: д.м.н., доцент А. Л. Калинин**

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

**Введение**

Термин «острый инфаркт миокарда» отображает смерть кардиомиоцитов, которая вызвана длительной ишемией. На ЭКГ можно выявить признаки ишемии миокарда по изменению сегмента ST и зубца T, а также признаки некроза миокарда, в частности конфигурации комплекса QRS. Повторный инфаркт миокарда наблюдается при очередном развитии инфаркта в сроки, превышающие 28 дней от последней сосудистой катастрофы [1].

В клинической практике, для диагностики заболеваний сердца кроме инструментальных методов исследования, широко применяются определение уровня АсАт (аспартатаминотрансфераза) и АлАт (аланинаминотрансфераза) в сыворотке крови. Определение активности данных ферментов в крови имеет диагностическое значение, поскольку данные ферменты обладают органоспецифичностью (АлАт преобладает в печени, а АсАт в миокарде) [2].

При инфаркте миокарда, активность АсАт в крови возрастает в 7–10 раз, тогда как АлАт только в 2 раза по сравнению с нормой. Коэффициент де Ритиса — это отношение активностей АсАт/АлАт. В норме он равен  $1,33 \pm 0,42$  или 0,91–1,75. Однако, повышение аспартатаминотрансфераза при одновременном росте отношения АсАт/АлАт (коэффициент де Ритиса больше) указывает на поражение сердца, при котором можно говорить об инфаркте миокарда или другом процессе, связанным с разрушением кардиомиоцитов. Коэффициенте де Ритиса меньше 1 указывает на поражение печени [3].

**Цель**

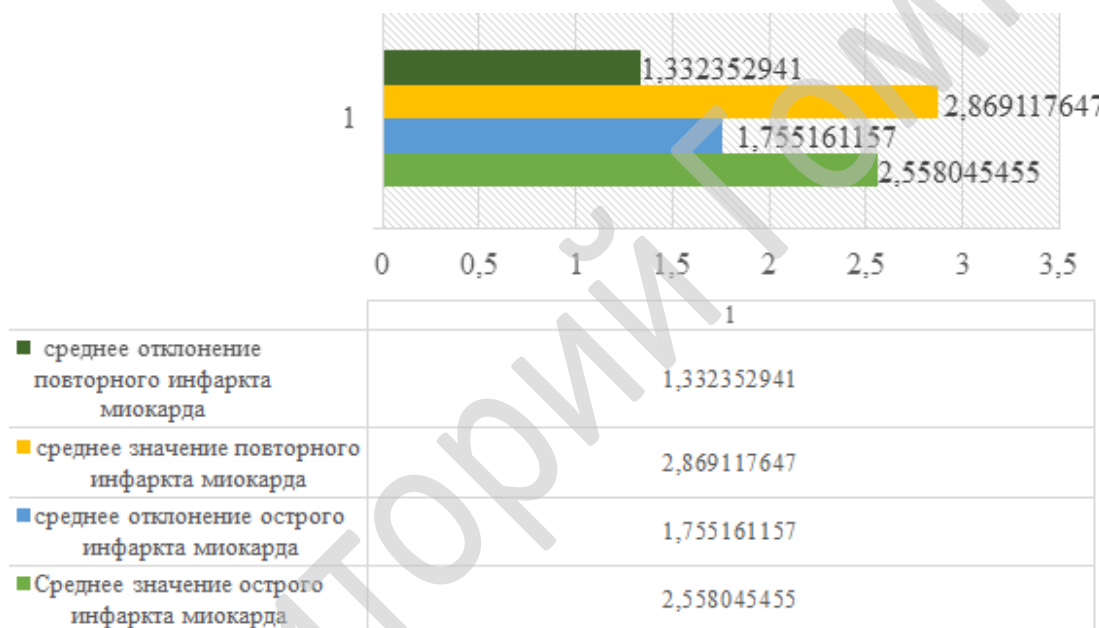
Определить степень отклонения коэффициента де Ритиса при остром и повторном инфаркте миокарда, а также установить важность данного показателя при патологиях сердца.

**Материал и методы исследования**

В работе использовались данные пациентов кардиологического отделения УЗ «Могилёвская областная клиническая больница» с 2017 по 2019 гг. Было исследовано 56 пациентов различного возраста от 54 до 78 лет. Результат исследования производился с использованием формулы де Ритиса, данные обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel» и «Statistica» 10.0.

**Результаты исследования и их обсуждения**

В исследовании пациенты были распределены на 2 группы: больные с острым инфарктом миокарда — 34 человека, с повторным инфарктом миокарда — 22. Результаты расчёта отображены на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Среднее значение и отклонение коэффициента де Ритиса**

**Выводы**

В ходе исследования было выявлено, что при остром инфаркте миокарда повышение коэффициента де Ритиса наблюдалось у 64,7 % (n = 22), при повторном инфаркте миокарда у 40 % (n = 8). Снижение коэффициента при повторном инфаркте миокарда наблюдалось у 40,9 % (n = 9), при остром 20,58 % (n = 7). Снижение коэффициента де Ритиса менее 1,33 при инфаркте миокарде говорит о том, что у пациента имелись сопутствующие заболевания печени. Следовательно, использование оценки уровня коэффициента де Ритиса пациентов с инфарктом миокарда является диагностически значимым критерием. Однако необходимо так же учитывать при расчёте коэффициента сопутствующие патологии у пациентов для верификации диагноза.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Фадеев, П. А.* Инфаркт миокарда: монография / П. А. Фадеев. — М.: Мир и образование, 2015. — 296 с.
2. *Шилов, А. М.* Инфаркт миокарда: монография / А. М. Шилов. — М.: Миклош, 2014. — 164 с.
3. Биологическая химия: учебник для студентов медицинских вузов / С. Е. Северин [и др.]; под общ. ред. С. Е. Северина. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 258 с.