

### **Материал и методы исследования**

Было изучено 60 историй болезни больных, среди которых 60 % — это больные с хронической сердечной недостаточностью, преимущественно с гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и сочетанием ГБ и ИБС. Критериями включения больных в исследование явились наличие ГБ I, II, II стадии и ИБС, включая стенокардию напряжения, прогрессирующую стенокардию, мерцательную аритмию, постинфарктный кардиосклероз с наличием ХСН. Критерии исключения: наличие острого инфаркта миокарда, атрио-вентрикулярной блокады, инфекционного эндокардита, порока сердца (врожденного или приобретенного).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ показал, что всего больных, имеющих ИБС+ГБ — 24 %, из них женщин с ИБС было 4 %, с ГБ — 28; мужчин с ИБС — 7 %, с ГБ—15 %, с сочетанием ГБ и ИБС — 22 %. 11 %. Среди поступивших в стационар больных стадия сердечной недостаточности: I стадия — 18 %; IIa стадия — у 76 %; IIб стадия — у 6 %; ФК I — 8 %; ФК II — 55 %; ФК III— 37 %. Предпочтение в лечении ХСН отдавалось ингибиторам АПФ, бета-адреноблокаторам, мочегонным, антиагрегантам и другим вспомогательным препаратам (статины, ноотропы и др.).

### **Выводы**

Таким образом, ассоциированными клиническими причинами ХСН явились — ГБ, ИБС и ИБС+ГБ. Основными показаниями к госпитализации больных с ХСН явилось наличие недостаточности кровообращения IIa и IIб стадии с нарастающей декомпенсацией и рост ФК. У пациентов с I стадией СН основной причиной госпитализации явилось наличие ГБ с лабильным течением. Терапия сердечной недостаточности соответствовала утвержденному стандарту лечения с использованием рекомендуемых лекарственных препаратов. Применение вспомогательных лекарственных средств диктовалось наличием факторов риска и ассоциированных состояний.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Хроническая сердечная недостаточность у лиц пожилого и старческого возраста: особенности диагностики и лечения / Ю. А. Лутай [и др.] // Крымский терапевтический журнал. — 2020. — № 2.
2. Сердечная ресинхронизирующая терапия у больных с хронической сердечной недостаточностью: взгляд терапевта, кардиолога / Е. В. Резник [и др.] // CardioСоматика. — 2019. — № 3.

**УДК 616.36-004-071/-074**

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

**Мироненко Е. С.**

**Научные руководители:** старший преподаватель кафедры **З. В. Грекова;**  
к.м.н., доцент **Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования**

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

### **Введение**

В настоящее время во многих странах мира наблюдается тенденция к росту числа пациентов с циррозом печени (ЦП). В связи с тем, что наблюдается поздняя диагностика ЦП, он является одной из причин инвалидности населения и занимает 8 место среди причин смерти по данным Всемирной организации здравоохранения [1, 3]. ЦП возникает не только в пожилом возрасте, но и у лиц молодого трудоспособного возраста [4].

В стадии декомпенсации ЦП характерно развитие дисфункции трех ростков гемопоэза: лейкоцитарного, эритроцитарного и тромбоцитарного. В общем анализе крови у пациентов с ЦП можно выявить признаки гемолиза, тромбоцитопению, лейкоцитопению [2, 5].

**Цель**

Проанализировать особенности жалоб, общего анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы у пациентов с ЦП.

**Материал и методы исследования**

Проводилось ретроспективное исследование историй болезни пациентов с ЦП (n = 30), госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» г. Гомель в 2019–2020 гг., отобранные методом сплошной выборки. В ходе исследования были проанализированы жалобы пациентов, оценен общий анализ крови (ОАК) пациентов по следующим критериям: уровень гемоглобина, тромбоцитов, средний объем эритроцитов (MCV), средний корпускулярный гемоглобин (MCH), средняя корпускулярная концентрация гемоглобина (MCHC); биохимический анализ крови: альбумин, общий билирубин, АЛАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза; также была проанализирована коагулограмма по критериям: протромбиновый индекс, фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы «Statistica» 10.0.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе исследования все пациенты были разделены на три группы, в зависимости от тяжести ЦП, согласно классификации по Чайлд — Пью: группа 1 — класс тяжести А ЦП по Чайлд-Пью (9 (30 %) пациентов); группа 2–13 (43 %) пациентов класса тяжести В и группа 3–8 (27 %) пациентов класса тяжести С по Чайлд — Пью.

Во всех трех группах пациенты предъявляли жалобы на слабость, снижение аппетита, горечь во рту, сухость во рту, боль ноющего характера в правом подреберье.

Результаты ОАК, биохимического анализа крови и коагулограммы пациентов с ЦП по группам представлены в таблице 1.

При оценке уровня гемоглобина < 120 г/л в 1-й группе у 4 (44,44 %) пациентов среднее значение составило  $100 \pm 15$  г/л, во 2-ой группе у 8 (61,54 %) пациентов среднее значение  $95 \pm 10$  г/л и в 3-ей группе у всех (n = 8) (100 %), среднее значение  $87,5 \pm 12$  г/л.

У 3 (23 %) пациентов 2-й группы выявлено увеличение MCV, MCHC, у 5 (62,5 %) пациентов повышено MCH. У 6 (72%) пациентов 3-й группы отмечалось увеличение MCV, MCHC и у 5 (62,5 %) пациентов MCH.

Уровень ЩФ выше нормальных значений выявлен у всех пациентов исследуемых групп.

В 1-ой группе повышение АЛАТ до 3 норм у 3 (33,33 %) пациентов; АсАТ до 3 норм у 3 (33,33 %). Во 2-ой группе повышение АЛАТ до 3 норм у 4 (30,8 %); АсАТ до 3 норм у 5 (38,5 %), 3–10 норм у 3 (23,1 %). В 3-й группе повышение АЛАТ до 3 норм у 4 (49,9 %), 3–10 норм у 2 (24,9 %); АсАТ до 3 норм у 5 (62,5 %), 3–10 норм у 3 (3,75 %).

Снижение уровня тромбоцитов отмечалось в группе 1 у 3 (33 %) пациентов; в группе 2 — у 8 (61,5 %) пациентов; в группе 3 — у 5 (64 %) пациентов.

При оценке коагулограммы выявлено снижение уровня ПТИ и повышение АЧТВ в группе 2 у 3 (23 %) пациентов, в группе 3 — у 6 (75 %) пациентов.

Уровень фибриногена во всех исследуемых группах был в пределах нормы.

Таблица 1 — Результаты ОАК, биохимического анализа крови и коагулограммы у пациентов с ЦП

Критерий оценки	Группа 1 (n = 9) n — кол-во, M ± σ — среднее значение ± стандартное отклонение	Группа 2 (n = 13) n — кол-во, M±σ — среднее значение ± стандартное отклонение	Группа 3 (n = 8) n — кол-во, M±σ — среднее значение ± стандартное отклонение
Общий анализ крови: Гемоглобин, <120 г/л	(n = 4) (44,44 %), 100 ± 15	(n = 8) (61,54 %), 95 ± 10	(n = 8) (100 %), 87,5 ± 12
MCV, фл 80–100 >100	(n = 9) 89,5 ± 5 —	(n = 10) 92 ± 4,23 (n = 3) 109 ± 2,32	(n = 2) 85,75 ± 5,2 (n = 6) 108,58 ± 5
MCH, пг 26–34 >34	(n = 9) 31,47 ± 2,5 —	(n = 11) 32,34 ± 1,65 (n = 2) 42,1 ± 1	(n = 5) 31,18 ± 0,75 (n = 3) 42,5 ± 1,1
MCHC, г/дл 32–36 >36	(n = 9) 34,28 ± 1,1 —	(n = 10) 35 ± 1 (n = 3) 37	(n = 6) 34,18 ± 0,62 (n = 2) 37,1 ± 0,5
Тромбоциты <150×10 <sup>9</sup> /л	(n = 3) (33,33 %), 135 ± 5	(n = 8) (61,54 %), 102 ± 21	(n = 5) (62,5 %), 98 ± 10
Биохимический анализ крови: Альбумин, г/л Общий билирубин, мкмоль/л АлАТ, ЕД/л АсАТ, ЕД/л Щелочная фосфатаза (ЩЖ), ЕД/л	(n = 9) 38,8 19,8 38,1 42,2 235,1	(n = 13) 34,6 62,1 74,8 81,6 340,3	(n = 8) 33,7 211 64,8 115,8 403,5
Коагулограмма: Протромбиновый индекс АЧТВ > 34	(n = 9) 0,72 ± 0,2 —	(n = 13) 0,62 ± 0,2 (n = 10) (76,92 %), 37,75 ± 2,45	(n = 8) 0,61 ± 0,22 (n = 6) (74,9 %), 43,48 ± 0,21
Фибриноген, г/л	(n = 9) 2,71 ± 0,3	(n = 13) 2,45 ± 0,12	(n = 8) 2,5 ± 0,21

### Выводы

1. Жалобы у всех пациентов вне зависимости от класса тяжести цирроза печени по Чайлд — Пью были на слабость, снижение аппетита, горечь во рту, сухость во рту, боль ноющего характера в правом подреберье.

2. У 44,44 % пациентов с циррозом печени класса А по Чайлд — Пью выявлена нормохромная нормоцитарная анемия, что может быть результатом анемии хронического заболевания. Снижение уровня тромбоцитов отмечалось у 33 % пациентов, что обусловлено гиперспленизмом.

3. У 37,5 % пациентов с циррозом печени класса В по Чайлд — Пью выявлена нормохромная нормоцитарная анемия, у 62,5 % макроцитарная гиперхромная анемия, которую по литературным данным связывают с диффузным поражением печени, изменениями в мембране эритроцитов, с дефицитом витамина В<sub>12</sub> и нарушением синтеза транскобаламина; также наблюдается снижение уровня тромбоцитов у 61,5 % пациентов. При оценке коагулограммы снижение уровня протромбинового индекса выявлено у всех пациентов, повышение активированного частичного тромбопластинового времени у 76,92 % пациентов обусловлено нарушением нормального функционирования гепатоцитов и как следствие угнетение каскада коагуляции.

4. У 37,5 % пациентов с циррозом печени класса тяжести С по Чайлд — Пью выявлена макроцитарная гиперхромная анемия, у 37,5 % — макроцитарная нормохромная, у 25 % — нормоцитарная нормохромная; снижение уровня тромбоцитов отмечалось у 63,9 % пациентов; повышение щелочной фосфатазы у всех пациентов. При оценке коагулограммы было выявлено снижение уровня протромбинового индекса и повышение активированного частичного тромбопластинового времени у 75 % пациентов.

Ведение пациентов с циррозом печени подразумевает их динамическое наблюдение, выполнение лабораторных исследований (общего анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы) с целью своевременного выявления и лечения анемического, геморрагического, цитолитического, холестатического синдромов для улучшения прогноза, профилактики осложнений у данной категории пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Азжаргал, Б. Сравнительный анализ некоторых лабораторных показателей при алкогольном и вирусных гепатитах. / Б. Азжаргал, Г. Батбаатар, Н. Бира // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2016. — Т. 118. — № 3. — С. 38–40.
2. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — 248–250 с.
3. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ. — 2014. — 44 с.
4. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 88 с.
5. Алгоритм диагностики и лечения гипохромных анемий: учеб.-метод. пособие / Е. Ю. Литовченко [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2016. — С. 24.

**УДК 616.831-005.8-005.1**

### **ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ**

*Михайловская А. М., Сидоренко И. В.*

**Научный руководитель: ассистент Н. Н. Смагина**

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

За 2019 г. в Беларуси инсульт перенесли более 33 тыс. человек, 14,5% из этих пациентов умерли. Инсульт занимает третье место среди причин смерти и первое — среди инвалидности. При геморрагическом инсульте (ГИ) 40–50 % случаев являются летальными. Инвалидизация при данном заболевании достигает 75 %, причем около 50 % пациентов, после перенесенного инсульта, нуждаются в медицинской реабилитации [1]. ГИ в значительной мере распространен среди трудоспособного населения, в связи с чем заболевание имеет высокий социальный характер [2, 3, 4].

#### **Цель**

Выявить факторы риска, гендерных и возрастных особенностей ГИ у больных города Гомеля.

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

Исследование основано на данных амбулаторных карт пациентов ГУЗ «Гомельской центральной городской поликлиники» филиала № 6 за период 2015–2020 гг. Метод исследования — статистическая обработка данных с помощью программы «MS Excel».

В процессе исследования было обработано 32 амбулаторных карты пациентов. Возраст пациентов составил от 40 до 72 лет (средний возраст 61–63). Исходя из собранных данных, 68 % пациентов страдали артериальной гипертензией. У 80 % пациентов был отягощен семейный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы.