

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ

Русак А. В., Полякова С. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, ассистент Ганчар Е. П.

Актуальность. Результаты исследования генетики позволили по-новому оценить многие патогенетические факторы осложнений беременности, связанные с патологией системы гемостаза. Формирование плодово-плацентарного комплекса, во многом зависимое от состояния микрокровотока в сосудах эндо- и миометрия, может нарушаться в случаях его хронической недостаточности [1].

Цель. Цель – изучить течение беременности и родов у женщин с наследственной тромбофилией.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ генетических паспортов, амбулаторных карт и историй родов у 53 пациентов, родоразрешенных в 2013-2017 гг. в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Excel.

Результаты. Всем пациентам выполнен генетический анализ полиморфизма генов гемостаза: F1, F2, F5, APOE, MTR, PAI-1, F13A1, MTHFR, eNOS, ACE, VEGF, HIV1A, ассоциированных с гестационными осложнениями. Гены F1, F2 и F5 не выявили полиморфизма. Гетерозиготный полиморфизм генов MTHFR, MTR был выявлен в 49,1% случаев, гомозиготный – в 11,3%. Пациентам с гомозиготной мутацией назначали фолиевую кислоту в дозе 4 мг/сутки. Гомозиготный полиморфизм гена PAI-1 выявлен в 15,1% случаев. Этой категории пациентов назначали низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах. Анализ течения беременности у данной категории пациентов показал, что угроза прерывания выявлена у 30 пациентов (56,6%), плацентарные нарушения – у 25 (47,2%), анемия – у 18 (34%), рвота беременных – у 12 (23%), преэклампсия – у 10 (18,7%). Венозных тромбоэмбологических осложнений во время беременности выявлено не было. Роды в срок наблюдались у 46 (88,7%) женщин. У 4 (7,5%) пациентов состоялись преждевременные роды в связи с декомпенсацией плацентарной недостаточности, у 2 (3,8) – с преэклампсией.

Выводы. 1. Своевременная коррекция наследственной тромбофилии позволяет вынашивать беременность в 88,7% случаев. 2. Наиболее частыми гестационными осложнениями у женщин с тромбофилией оказались угроза прерывания беременности (56,6%), плацентарные нарушения (47,2%).

Литература

1. Рудзевич, А. Ю. Влияние врожденной тромбофилии на беременность и возможность коррекции / А. Ю. Рудзевич, И. И. Кукарская, Т. А. Фильгус // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4.

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМИОДАРОНОМ

Русецкая А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-ая кафедра внутренних болезней

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Шпак Н. В.

Актуальность. Удлинение интервала QT и его высокая дисперсия относятся к предикторам внезапной сердечной смерти. Определение данных показателей на фоне лечения амиодароном является неотъемлемым компонентом проведения антиаритмической терапии.

Цель. Цель – оценить интервал QT и его дисперсию у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) на фоне антиаритмической терапии амиодароном.

Материалы и методы исследования. Обследовано 18 пациентов с персистирующей формой ФП на фоне хронической ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии, средний возраст $64,6 \pm 7,9$ лет, 16 из них – мужчины. Исследование проводилось на синусовом ритме, терапия контроля ритма осуществлялась амиодароном ($n=8$, группа 1) или амиодароном с метопрололом ($n=10$, группа 2). Средняя суточная доза амиодарона в обеих группах 200 мг, медиана длительности приема 2 (1-3) месяца. Оценка интервала QT проводилась в 12 отведениях ЭКГ и ортогональных отведениях по Франку с определением дисперсии QT (QTd) автоматически с помощью программно-аппаратного комплекса «Поли-Спектр» (Нейрософт, Россия).

Результаты. Группы 1 и 2 не различались по полу, возрасту, нозологии, лабораторным и эхокардиографическим показателям. В группе 2 по сравнению с группой 1 были достоверно ($p<0,05$) меньшие значения фактического интервала QT в отведениях V4, V5, V6, X, Y и корrigированного QT (QTc, по формуле Базетта) в отведении Y. В обеих группах пациентов медиана QTc минимально составила 403 (390-440) мсек в отведении Z, максимально 447 (415-475) мсек во II отведении, при этом у 9 пациентов более 450 мсек, из которых у 3 пациентов – более 480 мсек (492, 508 и 560 мсек). QTd и QTcd в группе 1 была 111 (79-148) и 103 (78-148) мсек, в группе 2 – 71 (50-107) и 68 (55-100) мсек, но достоверно не различались.