

№ 1 (22). – С. 47-50. – Режим доступа: <http://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/view/4218/3896> – DOI: <http://dx.doi.org/10.11603/1811-2471.2015.v22.i1.4218>

6. Гладких Ф. В. Экспериментальне обґрунтування доцільності застосування вінборону з метою підвищення знеболюючої активності ібупрофену / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2016. – № 3 (22). – С. 41-48. – Режим доступа: <http://pharmed.zsmu.edu.ua/article/view/77934> – DOI: <http://dx.doi.org/10.14739/2409-2932.2016.3.77934>

7. Степанюк Н. Г. Характеристика ускладнень фармакотерапії на тлі застосування НПЗЗ за даними спонтанних карт-повідомлень у Подільському регіоні за 2013 рік / Н. Г. Степанюк, Ф. В. Гладких // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2014. – № 1-2 (22-23). – С. 30-34. – Режим доступа: http://clinpharm.meduniv.lviv.ua/FILES/kffms_1-2_2014/all.pdf

8. Iijima, K. Identification of a high-risk group for low-dose aspirin-induced gastropathy by measuring serum pepsinogen in *H. pylori*-infected subjects / K. Iijima [et al.] // *J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 50. – P. 305–312.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МИОКАРД И ПОЧЕЧНУЮ ФУНКЦИЮ

Кизименко А.Н., Кизименко Т.Г.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Актуальность. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в периоперационный период у кардиохирургических пациентов зависит от компенсации хронической сердечной недостаточности. Период от стабилизации до планового оперативного вмешательства должен составлять не менее 1 нед. Риск осложнений со стороны сердца и/или смерти в течение 30 дней после различных видов вмешательств зависит от длительности и травматичности самого хирургического вмешательства [1]. Для клинической практики важно, что после сердечно-сосудистых операций часто развивается острое повреждение почек (ОПП), в том числе у ряда пациентов стадия KDIGO ≥ 2 и некоторым из них требуется заместительная почечная терапия [2]. Уровень креатинина в плазме зависит также от множества факторов, не связанных со скоростью клубочковой фильтрации: возраст, пол, расовая принадлежность, масса тела, диета, принимаемые медикаменты и др. [3]. Операция на сердце вызывает значительную воспалительную гиперметаболическую стресс-реакцию, приводящую к послеоперационной гипергликемии как у пациентов с диабетом, так и у пациентов

без диабета. Такая послеоперационная гипергликемия связана с неблагоприятными результатами в хирургии и послеоперационном восстановлении [4].

Цель. Изучить влияние кардиохирургического вмешательства на проявление миокардиальной и почечной дисфункции на основе лабораторных тестов в периоперационном периоде.

Методы исследования. В результате анализа 36 медицинских карт стационарных пациентов кардиохирургического отделения УЗ «Витебская областная клиническая больница», которым в 2018-2019 годах было выполнено оперативное вмешательство на сердце, были сформированы две группы. Операция выполнялась в условиях сбалансированной анестезии с искусственной вентиляцией лёгких (ИВЛ) на открытой грудной клетке. В первую группу вошли пациенты, у которых оперативное вмешательство выполнялось «на работающем сердце», т.е. проходило без применения АИК, а во вторую – пациенты, которым интраоперационно использовался аппарат АИК. Группы достоверно не различались по возрасту и физическим параметрам (масса тела, рост, индекс массы тела (ИМТ)), длительности оперативного вмешательства. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика пациентов исследуемых групп

Показатели	1 группа	2 группа	p
Количество пациентов	19	17	-
Возраст, лет	56,7±8,8	63,2±7,7	0,07
Масса тела, кг	87±11	86±19	0,84
Рост, см	174±7	175±9	0,98
ИМТ, кг/м ²	28±3	28±5	0,74
Длительность операции, мин	277±49	301±52	0,19

Исследование проводилось на пяти этапах: день поступления, день операции, 1-ый, 2-ой и 3-й дни раннего послеоперационного периода. Нами исследовались следующие параметры: уровень мочевины, креатинина, креатинфосфокиназы (КК) и МВ-фракции (КК-МВ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), глюкоземии и электролитемии (Na⁺, K⁺, Cl⁻) в биохимическом анализе крови (БАК), осмолярность (mOsm) крови.

Для статистической обработки полученных данных использовался пакет прикладных программ Майкрософт Офис (Microsoft Excel) 2019. Выявление достоверности различий между выборками выполняли с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверными различия считались при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. В день поступления изучаемые показатели у пациентов исследуемых групп достоверно не отличались. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. Характеристика биохимических показателей на момент поступления в стационар пациентов исследуемых групп

Показатели	1 группа	2 группа	p
Мочевина, ммоль/л	5,3±1,6	5,7±1,3	0,26
Креатинин, мкмоль/л	87±18	83±19	0,32
Натрий, ммоль/л	136±3	141±3	0,17
Калий, ммоль/л	4,4±0,5	4,6±0,6	0,66
Хлор, ммоль/л	99±3	102±2	0,53

На последующих этапах исследования некоторые показатели претерпевали достоверные изменения (таб. 3-4).

Таблица 3. Характеристика биохимических показателей во время операции у пациентов исследуемых групп

Показатели	1 группа	2 группа	p
Мочевина, ммоль/л	5,2±1,7	5,9±1,2	0,22
Креатинин, мкмоль/л	141±23	78±13	0,33
Натрий, ммоль/л	141±5	141±13	0,86
Калий, ммоль/л	3,7±0,4	3,8±0,7	0,67
Хлор, ммоль/л	104±3	107±3	0,0136

Таблица 4. Характеристика биохимических показателей в первые сутки послеоперационного периода у пациентов исследуемых групп

Показатели	1 группа	2 группа	p
Мочевина, ммоль/л	4,9±1,5	7,1±1,7	0,0026
Креатинин, мкмоль/л	100±21	122±24	0,0191
Натрий, ммоль/л	139±3	144±3	0,0014
Калий, ммоль/л	3,8±0,4	3,7±0,5	0,69
Хлор, ммоль/л	102±4	132±86	0,22

Таблица 5. Характеристика показателей миокардиального повреждения у пациентов исследуемых групп

Этапы	Показатели	1 группа	2 группа	p
2	КК, мкмоль/л	238±148	674±30	0,0004
5	КК-МВ, мкмоль/л	19±15	61±29	0,0006
3	КК, мкмоль/л	1317±930	1543±909	0,5708
	КК-МВ, мкмоль/л	27±10	47±30	0,0532
	ЛДГ, мкмоль/л	391±59	749±358	0,0057
	ЛДГ, мкмоль/л	255±123	508±373	0,0385

Таблица 6. Динамика показателей глюкоземии на всех этапах исследования

Этапы	1	2	3	4	5
Группа					
1 группа	6,34±1,57	8,31±1,74	7,73±2,48	9,19±8,34	5,60±0,71
2 группа	6,77±2,78	8,72±2,63	10,42±2,89	7,64±2,81	7,22±2,67
p	0,64	0,64	0,02	0,57	0,10

На 4-ом и 5-ом этапах исследования мониторируемые показатели биохимического анализа крови достоверно не отличались.

Выводы. Объем любого кардиохирургического вмешательства оказывал негативное влияние на проявление миокардиальной и почечной дисфункции в лабораторных тестах в периоперационном периоде. Послеоперационная гипергликемия наблюдалась у пациентов обеих групп, но была более выразительной у пациентов с интраоперационным АИК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующими заболеваниями. Руководство для врачей / под ред. И.Б. Заболотских. – М.: Практическая медицина, 2019. – 848 с.

2. Jo, J., Ryu, S.A., Kim, J. et al. Comparison of five glomerular filtration rate estimating equations as predictors of acute kidney injury after cardiovascular surgery. *Sci Rep* 9, 11072 (2019) doi:10.1038/s41598-019-47559-w.

3. Jang, M., Nam, J., Jo, J. et al. The relationship of preoperative estimated glomerular filtration rate and outcomes after cardiovascular surgery in patients with normal serum creatinine: a retrospective cohort study. *BMC Anesthesiol* 19, 88 (2019) doi:10.1186/s12871-019-0763-1.

4. Moorthya, V., Sim, M. A., Liu, W. et al. Risk factors and impact of postoperative hyperglycemia in nondiabetic patients after cardiac surgery. A prospective study. *Medicine*. 98(23):e15911, JUNE 2019. DOI: 10.1097/MD.00000000000015911. PMID: 31169705. Issn Print: 0025-7974. Publication Date: June 2019.

HELICOBACTER PYLORI ПРИ ГАСТРИТАХ, ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Климович И.И.¹, Власов И.В.², Киселева Е.А.²

Гродненский государственный медицинский университет,¹

Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно²

Актуальность. Гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖи12ПК) занимают особое место среди хронических заболеваний пищеварительного тракта. По литературным данным отмечается, что каждый десятый житель в течение жизни болеет ЯБЖи12ПК. Последняя протекает с рецидивами и зачастую (4-7%) осложняется кровотечением, перфорацией и др. У молодых людей чаще бывают язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), в среднем и пожилом - язвы желудка(ЯЖ). Необходимо отметить, что в последнее время имеет место значимое омоложение ЯБ. Также надо подчеркнуть, что изменились взгляды на причину и механизмы развития ЯБЖи12ПК. Гиперацидное состояние и язва сменилось- инфицирование *Helicobacter pylori* (НР) и развитие язвы. Причем с НР связывают её рецидивы и осложнения. По республике Беларусь