

тологией. Материалы и методы: обследован 131 человек с диагнозом БА. Из них – 59 мужчин и 72 женщины. Исследования проводили в период обострения заболевания, что соответствует неконтролируемому варианту течения БА (в соответствии с критериями контроля БА, GINA 2006). Из них: нами обследовано 52 пациента с БА с сопутствующей АГ I-II риск 2-3, средний возраст составил $46,19 \pm 14$ лет, и 17 человек с сопутствующим аллергическим ринитом. Средний возраст пациентов составил 42 ± 11 лет. Оценка кашля проводилась с помощью шкалы ВАШ, расположенной на листе бумаги горизонтальной линии длиной 10 см с обозначениями крайних ощущений. Для оценки тяжести кашля измерили расстояние от левого ее края (при горизонтальном расположении) до точки, указанной пациентом и провели статистическую обработку. Количественную оценку симптома одышки провели с помощью Шкалы Медицинского исследовательского совета – MRC. Результаты: отмечено, что у пациентов с БА имеются особенности кашля в зависимости от тонуса ВНС: при симпатикотонусе в 75,4% случаев отмечался непродуктивный сухой кашель, а при парасимпатикотонусе в 81,9% отмечался кашель с отхождением мокроты. При преобладании симпатического отдела ВНС отмечены следующие клинические признаки: бледность кожных покровов кистей, стоп; белый, розовый дермографизм; непереносимость жары, духоты; субфебрилитет; лабильность АД и сердечного ритма; наличие вегетососудистых кризов; повышенная тревожность, раздражительность. При преобладании парасимпатического отдела ВНС – пятнистая гиперемия на шее, лице и груди; цианоз конечностей, акроцианоз; дермографизм интенсивно-красный, возвышающийся, стойкий; выраженная влажность ладоней, стоп, подмышечных впадин; плохая переносимость холода; чувство «нехватки» воздуха; склонность к обморокам; астения, депрессия. Кашель в количественном эквиваленте по шкале ВАШ составил: 7,1 (5,2;8,6) (Ме [25; 75]) у пациентов без сопутствующей патологии. Отмечено, что у пациентов с сопутствующей АГ этот показатель составил 7,6 (5,7;8,3), а у пациентов с сопутствующим аллергическим ринитом – 8,2 (6,4;8,9) (Ме [25; 75]). С помощью Шкалы Медицинского исследовательского совета – MRC получили следующие значения: 3,2 (1,7;3,9) балла (Ме [25; 75]). У пациентов с сопутствующей АГ этот показатель составил 3,3 (2,4;3,8) балла, а у пациентов с сопутствующим аллергическим ринитом – 3,5 (2,7;4,0) балла (Ме [25; 75]). Выводы: у пациентов с сопутствующей патологией более выражена одышка по шкале MRS и кашель по ВАШ в целом. Показатели хуже у пациентов с сопутствующим аллергическим ринитом (сравнение по критерию χ^2), $p < 0,05$.

Леошко И.Г., Будревич С.В.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ОТ ПОЧЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Кардаш Н.А.

Проблема патологии почек в последние годы приобретает все большее значение в связи с ростом заболеваемости населения. В настоящее время заболеваниями почек страдают около 5% жителей Беларуси. Целью нашей работы явился анализ причин смерти больных вследствие почечной патологии. Материалом для исследования стали протоколы вскрытий больных, умерших от заболеваний почек за 2008-2010 годы в отделении №1 УЗ «ГОПАБ». Оценивались характер патологии, ее частота, осложнения и причины смерти. По данным аутопсий за истекший период вследствие патологии почек умерло 99 человек, при этом 55 (55,6%) наблюдений отмечено в 2010 году. Среди умерших мужчин оказалось 41,4% случаев, женщин – 58,6%. Средний возраст составил 63 года. В 82 (82,8%) наблюдениях заболевания почек в структуре патологоанатомического диагноза были основным заболеванием и в 17 (17,2%) – осложнением. Руководствуясь структурно-функциональным принципом выделяют 5 основных групп заболеваний почек: гломерулопатии, тубулопатии, стромальные заболевания, аномалии развития и опухоли. В исследованном материале гломерулопатии имели место в 42 (42,4%) наблюдениях, стромальные заболевания – 45 (45,4%), аномалии развития – 2 (2,0%), опухоли – 10 (10,1%). Из 42 гломерулопатий в 27 случаях был диагностирован диабетический гломерулосклероз. В 15 наблюдениях выявлен хронический гломерулонефрит (в 3 – мезангиопролиферативный и 12 – фибропластический). Из них в 2 случаях хронический гломерулонефрит был проявлением системной красной волчанки.

Хронический пиелонефрит имел место в 37 секционных наблюдениях. При этом в 27 – он трактовался как основное заболевание. Из них в 7 случаях отмечено развитие симптоматической артериальной гипертензии, осложнившейся кровоизлиянием в головной мозг и инфарктом миокарда. В 10 наблюдениях хронический пиелонефрит являлся осложнением аденомы предстательной железы, рака толстой кишки и мочевого пузыря. Как известно число людей, страдающих мочекаменной болезнью, с каждым годом увеличивается. При анализе секционного материала нефролитиаз был выявлен в 8 случаях. Он сопровождался развитием гидронефроза, вторичного пиелонефрита и хронической почечной недостаточности. Поликистоз почек, осложнившийся хронической почечной недостаточностью, был выявлен в 2 наблюдениях. Проблема злокачественных опухолей в настоящее время приобретает все большее значение. Рак почки составляет 3% среди всех раковых заболеваний у взрослых. Почечно-клеточный рак (светлоклеточный вариант) был выявлен в 10 случаях. В 74 наблюдениях заболевания почек привели к развитию вторичного сморщивания почек, развитию хронической почечной недостаточности и симптоматической артериальной гипертензии. Кроме того, причинами смерти больных стали кровоизлияние в головной мозг – 6 случаев, инфаркт миокарда – 1, кахексия – 8. В 10 наблюдениях течение заболевания усугубляла гнойная бронхопневмония. Таким образом, к 2010 году отмечено резкое увеличение случаев смерти от почечной патологии. Чаще всего страдают женщины. При этом самыми распространенными заболеваниями явились хронический пиелонефрит и диабетический гломерулосклероз.

Леошко К.В.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Бердовская А.Н.

Сердечная недостаточность динамическое состояние, при котором сердечный выброс неспособен обеспечить ткани кислородом и другими субстратами и характеризуется комплексом изменений системного кровообращения и микроциркуляции. Характер и скорость прогрессирования сердечной недостаточности во многом зависит от развития компенсаторной гипертрофии миокарда, коллатерального кровообращения, гемической компенсации, а также своевременности применения терапевтического вмешательства. Цель – изучение фармакотерапии хронической сердечной недостаточности при врожденных пороках сердца. Наблюдалась группа больных из 46 детей с естественным врожденным пороком сердца и обогащением малого круга кровообращения. Анализ структуры пороков показал, что у 24 процентов больных выявлен дефект межпредсердной перегородки, у 35 процентов – дефект межжелудочковой перегородки, у 11 процентов – открытый артериальный проток, у 13 процентов – атрио-вентрикулярная коммуникация, у 7 процентов – недостаточность митрального клапана, у 10% процентов – недостаточность аортального клапана. Средний возраст детей основной группы составил 11,1 плюс/минус 3,88 лет. Мальчики составили 36 процентов, 65 процентов – девочки. Длина тела 146,4 плюс/минус 24,9 см, масса тела 41,1 плюс/минус 17,5 кг. 11 человек имели сердечную недостаточность I степени, 9 человек – II А степени, 2 человека – II Б степени. Исследования проводились на базе клиники кафедры педиатрии УО «Гродненский государственный медицинский университет» в 5-м соматическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы. Диагноз врожденного порока сердца устанавливался путем комплексного клинического обследования пациентов. Степень сердечной недостаточности оценивали клинически согласно классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (в модификации Института сердечно-сосудистой хирургии им А.Н. Бакулева АМН СССР, 1980). Все пациенты получали средства, улучшающие обменные процессы в миокарде (милдронат – 16 детей, рибоксин – 7 детей, тиотриазолин – 2 детей, магнеВ6 – 9 человек, аспаркам – 8 человек, витамины группы В – 3 человека). 3 пациентов получали б-блокаторы (атенолол – 2 детей, метапролол – 1 ребенок), 4 человека – ингибиторы АПФ (капотен – 2 детей, эналаприл – 2 детей). В терапии хронической сердечной недостаточности 3 человека получали