

Врожденные пороки сердца были диагностированы в 2 (0,3 %) наблюдениях: дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки у женщины 80 лет, течение заболевания у которой усугубилось присоединением тромбоэмболии легочной артерии; Тетрада Фалло у мужчины 54 лет с неоднократной коррекцией порока, умершего от прогрессирующей хронической сердечной недостаточности.

Выводы. Согласно протоколам вскрытий, частота встречаемости случаев с патологией сердца в 2019 году составила 32,9 %. В 78,5 % – это хроническая ишемическая болезнь сердца, приводящая к временной утрате трудоспособности и инвалидности, высоким показателям смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачев, В. В. Клиническая кардиология. Руководство для врачей: Прак-тич. пособие / В. В. Горбачев, А. Г. Мрочек, М. С. Пристром, В. П. Сытый, Т. Д. Тябут; Под ред. В. В. Горбачева. – Мн.: Книжный Дом, 2007. – 864 с.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ МНО У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Скакун П. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: асп. Жилинский Е. В.

Актуальность. Тяжелая термическая травма вызывает комплексные изменения в организме, которые ведут к возникновению ожоговой болезни. Это состояние характеризуется дезадаптацией в работе различных органов и систем, активацией иммунных и воспалительных процессов, метаболическими сдвигами и распределительным шоком. Эти изменения могут стать причиной полиорганной недостаточности и, в крайних случаях, летального исхода [1,2]. Процесс развития этого состояния включает в себя несколько последовательных фаз: начинается с ожогового шока, который в зависимости от степени поражения может продолжаться от 2 до 4 дней, за ним следует ожоговая токсемия, длящаяся до 10-12 суток после получения травмы, дальше наступает стадия септикотоксемии с инфекционными осложнениями, и, наконец, период восстановления или фаза ожогового истощения.

Системная коагулопатия часто выступает как осложнение в случаях ожоговой болезни, причем нарушения в системе свертываемости крови имеют как общие черты с таковыми у пациентов, страдающих от сепсиса или серьезных травм, так и свои уникальные аспекты [3]. Наличие коагулопатии у

пациентов, страдающих от ожогов, увеличивает риск смертельного исхода как в начальной фазе после получения термической травмы, так и на более поздних этапах заболевания. В то же время, коагулопатия представляет собой потенциальную цель для терапевтического воздействия. Однако в настоящее время отсутствуют четкие рекомендации по диагностике и лечению коагулопатии у пациентов с тяжелыми ожогами, что делает исследования в этой области актуальными.

Цель. Проанализировать изменения МНО как показателя стандартной коагулограммы у пациентов в раннем периоде ожоговой болезни в зависимости от исхода травмы.

Методы исследования. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. Информированное согласие пациента (родственников) на участие в исследовании содержит сведения согласно Закону «О защите прав и достоинств человека в биомедицинских исследованиях в государствах СНГ» (принят Межпарламентской Ассамблеей СНГ 18.10.2005 № 26-10). Критериями включения являлись: возраст старше 18 лет, индекс тяжести поражения свыше 30 единиц. Критериями исключения считали: несогласие пациента или его родственников на участие в исследовании, смерть в период ожогового шока, неразглашение данных в связи с тайной следствия.

На основании проведенного анализа медицинской документации и исследования биологического материала пациентов УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в 2019-2022 годах с целью изучения динамики АЧТВ все пациенты (n=46) нами разделены на 2 группы: группа пациентов с благоприятным исходом (n=21) и группа пациентов с неблагоприятным исходом (n=25). Группа пациентов с неблагоприятным исходом была достоверно старше и имела достоверно большую площадь ожоговых ран, по остальным показателям (пол, общая площадь ожоговых ран) группы были однородны. В качестве методов математической обработки данных были выбраны непараметрические, так как большинство переменных были распределены по отличному от нормального распределению. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета SPSS 16.0, MS Excel Attestat.

Результаты и их обсуждение. Уровень МНО у пациентов с благоприятным исходом ожоговой болезни в 1-е сутки составил 1,04, во 2-е сутки составил 1,09, в 3-е сутки составил 1,11, в 4-е сутки составил 1,09, в 5-е сутки составил 1,13, в 6-е сутки составил 1,15, в 7-е сутки составил 1,15, на 8-е сутки составил 1,15, на 9-е сутки составил 1,15.

Уровень МНО у пациентов с неблагоприятным исходом ожоговой болезни в 1-е сутки составил 1,01, во 2-е сутки составил 1,17, в 3-е сутки составил 1,17, в 4-е сутки составил 1,17, в 5-е сутки составил 1,10, в 6-е сутки составил 1,13, в 7-е сутки составил 1,17, на 8-е сутки составил 1,19, на 9-е сутки составил 1,16.

Достоверные различия между уровнями МНО у пациентов с ожоговой болезнью наблюдались на 2, 3 и 4 сутки с момента травмы (р составил 0,05, 0,04, 0,05, и 0,04 соответственно). Затем наблюдалось снижение МНО у пациентов обеих групп.

На данный момент нет единого мнения относительно динамики МНО у пациентов после тяжелой ожоговой травмы. Ряд исследований показывает, что в течение первых 7 дней после травмы МНО увеличивается в первый день и оставался незначительно повышенным [3, 4]. В то же время наши результаты указывают на отсутствие превышения нормального уровня МНО у пациентов с ожоговой болезнью. Так же наши результаты соответствуют данным литературы, согласно которым повышение МНО и развитие коагулопатии связано с неблагоприятным исходом [1, 2].

Выводы. У пациентов с ожоговой болезнью в нашем исследовании в среднем уровень МНО не выходил за границы нормального, однако у пациентов с неблагоприятным исходом ожоговой болезни со 2-х суток после травмы наблюдается достоверно более высокий уровень МНО, чем у пациентов с благоприятным исходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Glas, G. J., Coagulopathy and Its Management in Patients With Severe Burns / G. J. Glas, M. Levi, M. J. Schultz // J. Thromb. Haemost. – 2016. – Vol. 14, N 5. – P. 865–74.
2. Guilabert, P. Coagulation Alterations in Major Burn Patients: A Narrative Review / P. Guilabert, N. Martin, G. Usúa [et al.] // J. Burn Care & Research. – 2023. – Vol. 44, N – P. 280–292.
3. Lu, R. P. Major Burn Injury is not Associated with Acute Traumatic Coagulopathy / R. P. Lu, Ai Ni, F.-C. Lin [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 201 – Vol. 74, N 6. – P. 1474–1479.
4. Xiao, K. Early correction of coagulopathy reduces the 28 – day mortality in adult patients with large – area burns / K. Xiao, F. Zhao, X. Liao [et al.] // Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. – 2021. – Vol. 46, N 8. – P. 851–857.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Скерсь А. И.¹, Грек Н. И.², Довгайло О. А.³

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Городская клиническая больница №3 г. Гродно»²,

УЗ «Гродненская университетская клиника»³

Актуальность. Лечение, проводимое для пациентов с онкологической патологией, можно разделить на 3 группы: хирургическое, лекарственное и радиотерапевтическое. Лекарственное лечение является самым быстроразвивающимся в настоящее время. Однако необходимость