

ФАКТОРЫ ГЕМОЛИЗА ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Максимович Е.Н., Костыко А.В., Ягело А.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Во время кардиохирургических операций с использованием искусственного кровообращения может происходить увеличение гемолиза из-за механических повреждений [1]. Разрушение эритроцитов приводит к повышению содержания свободного гемоглобина, что может вызвать окислительный стресс и другие патологические процессы [2].

Цель. заключалась в анализе факторов, которые приводят к гемолизу во время кардиохирургических операций с искусственным кровообращением.

Методы исследования. Обследованы 123 пациента, прошедшие операцию коронарного шунтирования с использованием искусственного кровообращения. Уровень свободного гемоглобина (СвНб) измеряли в начале периода искусственного кровообращения и непосредственно перед его завершением. Для этой цели использовали анализатор HemoCuePlasma/LowHb, произведенный в Швеции. Использовали метод корреляционного анализа с использованием непараметрического теста Спирмена. Изучали связь между концентрацией свободного гемоглобина в плазме крови и пациентзависимыми и операционнозависимыми факторами.

Результаты и их обсуждение. У обследованных был зафиксирован гемолиз в диапазоне от 0,1 до 1,6 г/л в течение искусственного кровообращения. Установлена связь уровня свободного гемоглобина с артериальной гипертензией ($p=0,53$), заболеваниями мочевыделительной системы ($p=0,26$), железодефицитной анемией ($p=0,31$), лишним весом и ожирением ($p=0,45$), сахарным диабетом ($p=0,25$), предыдущими операциями ($p=0,20$), а также с такими факторами, как: атерогенное питание ($p=0,38$), курение ($p=0,55$), употреблением алкоголя ($p=0,43$), семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний ($p=0,37$), низкая физическая активность ($p=0,20$) и стресс ($p=0,26$). Была обнаружена связь между степенью гемолиза и длительностью искусственного кровообращения ($p=0,72$) и временем ишемии миокарда ($p=0,73$).

Выводы. Таким образом, для предотвращения гемолиза во время операции, как причины возникновения осложнений при кардиохирургических вмешательствах, необходимо сосредоточиться на устранении факторов с наибольшей связью с гемолизом, а также на уменьшении периода искусственного кровообращения и ишемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколова Н.Ю., Шумков К.В., Голухова Е.З. Анализ ближайших результатов реваскуляризации миокарда у больных стабильной ишемической

болезнью сердца// Журнал: Кардиология и сердечно–сосудистая хирургия. – 2017.– 10(1). – С.28–32.

2. Максимович, Е.Н. Оценка окислительного стресса при коронарном шунтировании у лиц с различной степенью интраоперационного гемолиза / Е.Н. Максимович, Т.П. Пронько, А.В. Янушко, В.В. Зинчук, И.Э. Гуляй, В.А. Снежицкий // Кардиология в Беларуси. – 2019. – Т.11(3). – С.418. – 429.

ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА

Малмыго Н. Ч.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Болезнь Вильсона–Коновалова (БВК) – редкое тяжелое наследственное мультисистемное заболевание, патогенез которого связан с нарушением метаболизма меди в организме, что приводит к избыточному ее накоплению в различных органах и тканях, преимущественно в печени и центральной нервной системе.

Цель. представить клинический случай БВК у ребенка для повышения настороженности практикующих врачей в отношении этого заболевания у пациентов с умеренным повышением уровня трансаминаз.

Методы исследования. Анализ жалоб, анамнеза, объективных, инструментальных, лабораторных данных.

Результаты и их обсуждение. Пациент А., 15 лет госпитализирован в УЗ «ГОДКБ» в 2023 г. с жалобами на умеренное повышение уровня трансаминаз в крови.

Из анамнеза известно, в возрасте 12 лет ребенок перенес инфекционный мононуклеоз, в результате перенесенной инфекции в биохимическом анализе крови (БАК) было выявлено повышение трансаминаз: АлАТ 314 Ед/л, АсАТ 65Ед/л. Через год ребенок находился на стационарном лечении по поводу о. энтерита, повышение трансаминаз сохранялось, был выставлен диагноз: Реактивный гепатит. Спустя еще один год после перенесенной ОРИ у мальчика длительное время сохранялась субфебрильная температура в связи с этим он был госпитализирован в УЗ «ГОДКБ», накануне госпитализации амбулаторно был выполнен БАК: АлАТ 265 Ед/л, АсАТ 98 Ед/л.

Проводился поиск этиологического фактора поражения печени. Выполнены АОК, ОАМ – без отклонений от нормы. БАК: общ. белок, альбумин, мочевины, креатинин, холестерин, СРБ, билирубин, глюкоза, ГГТП, щелочная фосфатаза, амилаза, Na, K, Cl, Jg A, M, G – в пределах нормы, АлАТ 357 Ед/л, АсАТ 174 Ед/л. Маркеры на вирусные гепатиты –отрицательные, исключены ВЭБ, ЦМВ, ВПГ 1, 2, 6 типа. Протеинограмма, гемостазиограмма без отклонений от нормы. JgA, JgG к тканевой транслугтаминазе, глиадину – отр., фекальный кальпротектин – норма. ЭКГ, ФГДС, УЗИ ОБП – патологии