

Под нашим наблюдением находилось 33 больных с гемофилией А, 20 больных - с гемофилией В и 12 больных - с гемофилией С. Методами лабораторных исследований явились следующие тесты: определение времени свертывания венозной крови по Ли-Уайту, времени рекальцификации плазмы по бергергофа-Року, толерантность плазмы к гепарину по Пингелю, потребление протромбина по Квику, тромбоцест по Ита-Котонщиковой, активность протромбинового времени, фибриноген по Рутергу, определение количества тромбоцитов по Фолио. У больных гемофилией тканевой тромбопластин всегда в пределах нормального колебания и нарушается образование кровяного тромбопластина. По этой причине определяется время свертывания только венозной крови. Время свертывания крови по Ли- Уайту у больных гемофилией по стадиям заболевания колебалось следующим образом: в острой стадии 78+4,32 минут, в подострой стадии 45+3,1 минут, в стадии ремиссии 18+2,21 минут, в контрольной группе равна 6+1,23 минут.

Ведущим клиническим симптомом гемофилии является кровоточивость, обусловленная значительным замедлением свертывания крови в результате дефицита антигемофильных глобулинов (VIII-IX и XI факторов свертывающих систем) и нарушением образования кровяного тромбопластина. У обследованных больных гемофилией отмечено кровотечения из слизистой полости рта, десны, подкожные, внутримышечные, внутрисуставные гемартрозы, почечные, желудочно-кишечные кровотечения.

Гемартрозы, гемофилические анкилозы, гемофилические тугоподвижности встречались у 23 (70,5%) из 33 больных, в том числе со свежими крововзлияниями в двух и более суставах одновременно, у 7 (20,6%) больных, в том числе 2-х больных, крововзлияния в коленных и тазобедренных суставах, и 4 больных коленно-голеностопных суставах, сопровождающиеся болями и резким нарушением движения суставов.

Экстренная помощь при гемартрозах, особенно тогда, когда имеют место поражения многих крупных суставов, таких, как тазобедренно-коленных, коленно-голеностопных суставов, заключается в обеспечении абсолютного покоя наложением шины Дитерика, что даст возможность покоя 2<sup>o</sup>-3<sup>o</sup> суставов нижней конечности.

Затем приложить холод - лед и назначить общегемостатические препараты: кальций, аминокaproновою кислоту, лицинол, замещающую терапию – трансфузию антигемофильной плазмы, криопресипитата и свежезамороженную плазму крови ежедневно до окончательной остановки крововзлияния в суставах и других геморрагических, симптомов заболевания в виде подкожных, внутримышечных крововзлияний и кровотечений других локализаций.

Затем по показанию проводится трансфузия эритроцитарной массы и симптоматическое лечение. Основным методом лечения остается замещающая терапия, так как гемофилия является результатом врожденного дефицита VIII, IX и XI факторов свертывающей системы крови.

При правильно проведенном лечении гемартрозов, изливающаяся кровь рассасывается и функции суставов восстанавливаются. Однако возможны, многократные повторные крововзлияния в коленные, голеностопные, тазобедренные, локтевые, плечевые суставы дают осложнения в виде тугоподвижности суставов (анкилоз) с атрофией мышц соответствующих групп, приводят к ранней детской инвалидности различной степени.

УДК 616.12-005.4:616.155.194

Л.М.Савицька, Н.Д.Павлюкович

## АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
(наукові керівники – проф. М.Ю.Коломоєць, ас. Т.Б.Кендзерська)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Анемія різного ступеня тяжкості часто розвивається у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Аналіз дослідження SOLVD показав, що рівень гематокриту є незалежним чинником смертності хворих з ІХС. Однак вплив анемічного синдрому (АС) на якість життя хворих з ІХС старших вікових груп залишається недостатньо вивченим, що і стало метою нашої роботи.

Нами було обстежено 19 хворих на ІХС чоловічої статі, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Обласного госпітально інвалідів війни (м. Чернівці). Середній вік пацієнтів склав 76,10±1,33 роки. Всі обстежувані були розподілені на дві групи залежно від наявності АС: I група – хворі на ІХС з АС (Hb=111±3,11 г/л) – 11 чол., II група – хворі на ІХС без АС (Hb=146±1,78 г/л) – 8 чол. За анемію вважали рівень гемоглобіну менше 130 г/л (WHO's Recommendations, 2003). Якість життя визначали за опитувальником Mezzich, Cohen, Ruizperez et al. (1999).

Рівень фізичного благополуччя у хворих на ІХС без АС був у 1,36 рази вищим, ніж у хворих з АС (6,18±0,56 та 4,53±0,48 відповідно, p<0,05). Значення показника психологічного та емоційного благополуччя у пацієнтів без АС в 1,73 рази переважало таке у пацієнтів з АС (6,75±0,86 та 3,90±0,62 відповідно, p<0,05). Рівень самообслуговування та незалежності дій у I групі склав 6,27±1,11, а в II – 9,37±0,62 (p<0,05). Показник працездатності також був нижчим у I групі, ніж у II (2,45±0,60 та 5,37±1,08, p<0,05). Рівень міжособистісної, соціо-емоційної та громадської підтримки також переважав у пацієнтів з ІХС без АС (7,45±0,85 та 9,25±0,31, 6,54±1,13 та 8,5±1,0, 6,36±1,03 та 8,62±0,65 відповідно), хоча статистично вірогідної різниці даних показників нами виявлено не було (p>0,05). Показник особистої реалізації був вірогідно вищим у хворих на ІХС без АС (7,42±0,64), ніж у хворих з АС (5,67±0,52), p<0,05. Рівень духовної реалізації був практично однаковим в обох групах обстежуваних (8,36±0,87 в I групі та 8,37±0,77 в II групі, p>0,05). Загальне сприйняття якості життя у хворих з АС було вірогідно нижчим (6,01±0,64) порівняно з хворими без АС (7,97±0,43), p<0,05.

Таким чином, у хворих на ІХС старшого віку з супутнім АС має місце істотне погіршення якості життя в цілому, а також показників фізичного та психологічного благополуччя, самообслуговування, працездатності, особистісної реалізації, що, ймовірно, вимагає корекції АС у даній категорії пацієнтів.