

У пациентов с ПМК и другими МАС концентрация sICAM-1 статистически значительно превышала таковую в группе сравнения: 48,6 (45,1; 49,2) и 45,5 (42,1; 47,2) соответственно ( $p = 0,013$ ).

**Выводы**

У пациентов с синдромом ПМК имеются отклонения в содержании молекул клеточной адгезии в плазме крови. Пациенты с ПМК в сочетании с МАС характеризуются более высокими уровнями молекул клеточной адгезии в плазме крови, чем пациенты с изолированным ПМК, что заставляет предполагать более выраженные нарушения процессов межклеточного взаимодействия у данной категории лиц и ставит вопрос о необходимости выделения их в отдельную группу диспансерного наблюдения для профилактики кардиоваскулярных осложнений.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Взаимосвязь биомаркеров воспаления с наличием традиционных факторов риска у пациентов, переносящих острый коронарный синдром / И. С. Скопец [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2016. — Т. 12, № 2. — С. 166–170.
2. Солейко, Е. В. Механизмы развития идиопатического пролапса митрального клапана: биохимические акценты / Е. В. Солейко, И. П. Осипенко, Л. П. Солейко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2015. — № 3. — С. 36–39.
3. Шарыкин, А. С. Пролапс митрального клапана — новый взгляд на старую патологию / А. С. Шарыкин // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2008. — № 6. — С. 11–20.

**УДК 616.36-004-036.82**

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Левковец О. В., Шешко А. С.*

**Научные руководители: ассистент О. А. Ярмоленко,  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждения образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

Цирроз печени — хроническое прогрессирующее диффузное полиэтиологическое заболевание с поражением гепатоцитов, фиброзом и перестройкой архитектоники печени, приводящее к образованию структурно аномальных регенераторных узлов, портальной гипертензии и развитию печеночной недостаточности [1]. Распространенность цирроза печени составляет 2–3 % (на основании данных аутопсий), встречается в 2 раза чаще у мужчин старше 40 лет по сравнению с общей популяцией [2].

Заболеваемость и утрата трудоспособности населения при циррозе печени является важной медико-социальной проблемой. Интегративный показатель, отражающий психологическое, эмоциональное, и социальное благополучие человека, основанный на его субъективном восприятии, определяется понятием качество жизни [3]. Показатель качества жизни позволяет проследить за динамикой состояния пациента в процессе лечения, а так же влияют на выбор дальнейшего лечения. Таким образом, данные качества жизни пациента с циррозом печени способствуют составлению индивидуального плана ведения пациента и оценке прогноза заболевания.

**Цель**

Оценить качество жизни пациентов с циррозом печени, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ГГКБ № 3 с ноября по март 2018 г. в зависимости от возраста, длительности заболевания и класса тяжести по Чайлду-Пью.

### Материал и методы исследования

Проведено проспективное обследование 40 пациентов в возрасте 31–72 лет с установленным диагнозом цирроз, путем объективного осмотра, опроса с использованием стандартизированного опросника «SF-36 Health Status Survey. 36 пунктов данного опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов — это полное здоровье. Чем более высокая оценка, тем более высокий уровень качества жизни.

### Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемые нами пациенты были разделены на группы по возрастному показателю, по продолжительности заболевания и классу тяжести по Чайлду-Пью. По каждому критерию были взяты средние значения показателей оценки качества жизни. Результаты исследования представлены в таблицах 1–3.

Таблица 1 — Показатели качества жизни в зависимости от возраста

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
30–49 лет	69	76	78	69	57	89	71	78
50–72 года	51	64	61	42	46	60	45	59

Из таблицы 1 видно, что качество жизни у пациентов с циррозом печени ухудшается с возрастом. У пациентов 30–49 лет больше всего страдает жизненная активность и физическое функционирование, наибольшие цифры прослеживаются в отношении психического и эмоционального состояния; в то же время у пациентов 50–72 лет наблюдаются наименьшие цифры в общем состоянии здоровья, а наибольшие в ролевом и социальном функционировании.

Таблица 2 — Показатели качества жизни в зависимости от длительности цирроза печени

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
До года	71	79	79	66	78	80	69	79
1–5 лет	62	69	65	56	70	71	59	65
5 и >	50	63	59	49	64	63	46	53

Из таблицы 2 следует, что с увеличением длительности заболевания показатели качества жизни пациентов снижаются. У всех пациентов, вне зависимости от длительности цирроза печени, наблюдается снижение показателей общего состояния здоровья и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием.

Таблица 3 — Показатели качества жизни в зависимости от класса тяжести цирроза по Чайлду-Пью.

Критерии	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
A	71	78	81	69	64	72	70	77
B	57	64	73	54	59	65	63	71
C	48	56	61	43	42	49	52	60

Уменьшение показателей жизни зависит от класса тяжести цирроза по Чайлду-Пью, т. е. наиболее высокие значения прослеживаются у пациентов с классом тяжести А, и постепенно снижается к В и С.

### Выводы

Наблюдается прямая зависимость снижения показателей качества жизни от длительности заболевания.

Показатели качества жизни у пациентов значительно ухудшаются в возрастной группе 51–75 лет.

Показатели качества жизни при классе тяжести А выше, чем при классе тяжести В и С по Чайлду-Пью.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 66 с.
2. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 4 с.
3. Новик, А. А. Исследование качества жизни в медицине: учеб.-метод. пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 304 с.

УДК 616.12-008.3

### НАРУШЕНИЯ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Лукьянченко Т. С.*

Научные руководители: старший преподаватель *З. В. Грекова*,  
к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Различные нарушения ритма осложняют течение ишемической болезни сердца (ИБС) в 34% всех случаев [1]. Ишемия миокарда, его повреждение, постинфарктное ремоделирование сердца с развитием сердечной недостаточности являются наиболее частыми причинами возникновения электрической нестабильности миокарда [2]. Артериальная гипертензия (АГ) сопровождается ремоделированием предсердий и желудочков, электрофизиологическими изменениями гипертрофированных миоцитов, метаболическими нарушениями и циркуляцией возбуждения. Все это приводит к электрической нестабильности и повышению эктопической активности миокарда, что увеличивает вероятность появления фатальных нарушений ритма сердца [3].

#### **Цель**

Изучить структуру и клинические проявления нарушений ритма у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

#### **Материал и методы исследования**

В исследование включено 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 47 до 81 года (средний возраст 69,5 лет) с ССЗ (ИБС и АГ), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Проводился опрос, осмотр пациентов, анализ лабораторно-инструментальных методов исследований.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При нарушении ритма (пароксизмальной форме фибрилляции предсердий) мужчины предъявляли жалобы на колющую боль за грудиной — у 10 (71 %), сердцебиение — у 11 (79 %), одышку — у 10 (71 %), перебои в работе сердца — у 12 (86 %), головокружение — у 11 (79 %) пациентов. Нарушение ритма (пароксизмальная форма фибрилляции предсердий) у женщин сопровождалось жалобами на давящую боль в левой половине грудной клетки — у 12 (75 %), одышку — у 14 (82 %), сердцебиение — у 13 (76 %), перебои в работе сердца — у 14 (84 %), головокружение — у 10 (63 %), общую слабость — у 14 (90 %) пациентов.