

количество студентов с признаками АЗ статистически значимо увеличилось — 11 (22 %) из 50 человек ($p < 0,05$).

На основе полученных данных нами были разработаны профилактические меры, включенные в педагогический процесс кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии УО «ГомГМУ».

Выводы

Включение скрининга уровня потребления алкоголя, с последующей разъяснительной работой о факторах риска опасного и вредного употребления алкоголя, в учебно-воспитательную работу со студентами вуза может способствовать формированию и актуализации у студенческой молодежи установок на здоровый образ жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аймедов, К. В. Схильність студентів медичних ВНЗ до адикцій / К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева // Матер. XVII Укр. науч.-практ. конф. в межах Держ. Цільової програми «Молодь України на 2016–2020 роки» «Довженковські читання: «Передження залежності від психоактивних речовин як основа психічного здоров'я молоді», присв. 98-й річниці з дня народж. Заслуж. Лікаря України, народного лікаря СРСР А.Р. Довженко 26–27 мая 2016 р. — Харків: Пляда, 2016. — С. 3–11.
2. Цатурова, К. Н. Скрининг проблемного употребления алкоголя среди студентов медицинского вуза / К. Н. Цатурова, М. К. Слюняева, Е. В. Колесниченко // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. — 2015. — Т. 5, № 2. — С. 134–137.
3. Наркологія: Національний підручник (під редакцією проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва) / Кол. авт.: І. К. Сосін [та інше]. — Харків: Коледіум, 2014. — 1428 с.
4. Копытов, А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография / А. В. Копытов. — Минск: Изд. Центр БГУ, 2012. — 400 с.
5. Приказ МЗ РБ № 1270 от 21.12.2015 года «Об утверждении Плана по реализации Концепции по социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». — Минск: МЗ РБ, 2015. — 7 с.

УДК 616.12-007-053.1-053.2-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ MELD У РЕБЕНКА С ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ФОНТЕНА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Скуратова Н. А.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Операция Фонтена — современный метод хирургического вмешательства, который чаще всего применяют при отсутствии функциональности одного желудочка сердца. Единственный или общий желудочек сердца представляет собой единственную желудочковую камеру, которая через митральный и трикуспидальный клапан сообщается с левым и правым предсердием, т. е. имеется трехкамерное сердце. Суть операции Фонтена заключается в том, что с помощью переключения магистральных сосудов изменяется система кровообращения человека, вместо двух кругов кровообращения остается один, по которому кровь сначала проходит через все органы и ткани организма, отдавая кислород и забирая углекислый газ, а затем проходит через легкие, обогащаясь кислородом и отдавая углекислый газ. Такая модификация системы кровообращения позволяет использовать только один желудочек сердца, что дает возможность спасти жизнь пациентам [1, 2, 4]. В литературе описаны данные о долгосрочных последствиях операции Фонтена (аритмии, печеночная дисфункция, сердечная недостаточность, повышение давления в легочной артерии, тромбоцитопения, тромбоз, протеинуряющая энтеропатия, пластический бронхит и др.). Литературные данные подтверждают, что операция Фонтена является паллиативной процедурой, являющейся «мостом» к трансплантации сердца и печени [2].

В 2002 г. в клинике Мейо (США) была разработана классификация тяжести состояния пациентов с терминальными заболеваниями печени MELD (Model for End-Stage Liver Disease), которая во всем мире стала активно применяться для определения очередности выполнения операции трансплантации печени [3]. Данный показатель основан на измерении некоторых биохимических показателей (креатинин, билирубин, МНО) и позволяет оценить тяжесть состояния пациентов, характеристики печени и начальные признаки фиброза печени. MELD — числовая шкала со значением от 6 до 40. Формула расчета MELD: $0,95 \times \text{Log } e$ (креатинин мг/дл) + $0,378 \times \text{Log } e$ (билирубин мг/дл) + 1, $120 \times \text{Log } e$ (МНО) + 0,643 (www.mayoclinic.org/gi-rst/mayomodel5.html) [3, 4]. Чем больше баллов набирает пациент по MELD, тем тяжелее его состояние. Расчетный индекс шкалы MELD увеличивается по мере прогрессирования фиброза печени от 5 в стадии компенсации до 26 в декомпенсированной стадии. При значении индекса менее или равном 11 диагностируют компенсированную стадию, при значении показателя более 11 устанавливают риск развития прогрессирования процесса [3].

Цель

Описать клинический случай у ребенка с единственным желудочком сердца после хирургического лечения, провести анализ долгосрочных последствий и изучить возможности применения шкалы MELD у данного пациента.

Материал и методы исследования

Представлен клинический случай мальчика 14-ти лет с врожденным пороком сердца: Единственный желудочек сердца (после операции Фонтена). Проведен анализ клинических, лабораторных и инструментальных исследований, для оценки функции печени использована шкала MELD.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент П. 14 лет 6 месяцев (25.01.2003 г.р.) поступил в кардиоревматологическое отделение Гомельской областной детской клинической больницы с жалобами на боли в области сердца, одышку, головную боль, отеки обеих голеней. Болен с рождения, выставлен клинический диагноз: Врожденный порок сердца: единственный желудочек сердца, анатомически левый; атрезия трикуспидального клапана с гипоплазией правого желудочка, стенозом легочной артерии. Состояние после гемодинамической коррекции ВПС (экстракардиального Фонтена с фенестрацией в 2005 г.). Множественные аорто-пульмональные коллатерали (МАПК). Небольшое количество жидкости в правом плевральном синусе. Гепатомегалия. Хроническая артериальная гипоксемия, НК 2а степени. Регулярно наблюдается в детском хирургическом центре, получает постоянно варфарин, фуросемид, дигоксин, эналаприл.

Состояние при поступлении средней степени тяжести за счет ВПС, симптомов сердечной недостаточности (СН). Бледен. Пастозность в области голеностопных суставов и голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, одышка, ЧД 24 в минуту, ЧСС 94 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, грубый систолический шум на верхушке, вдоль левого края грудины. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +4,5 см. Стул оформленный, мочится регулярно, диурез снижен. Масса тела 51 кг, рост 172 см. Физическое развитие среднее, дисгармоничное, дефицит массы тела 1 степени.

ЭКГ: Ритм синусовый, ускоренный. Смещение ЭОС вправо. ЧСС 107 в мин, укорочение интервала PQ. Диффузные изменения в миокарде умеренно выраженные. **ОАК:** эритроциты ($RBC \times 10^{12}/л$) — 5,06, Hb, г/л — 145, лейкоциты ($WBC \times 10^9/л$) — 6,2, палочкоядерные (%) — 2, сегментоядерные (%) — 50, эозинофилы (EOS, %) — 1, лимфоциты (LYM, %) — 30, моноциты (MON, %) — 3, тромбоциты ($PLT \times 10^9/л$) — 207, СОЭ (ESR, мм/ч) — 2. **Биохимический анализ крови:** креатинин — 1,6 мкмоль/л, мочевины — 3,40 ммоль/л, холестерин общий — 3,11 ммоль/л, ЛПНП — 1,48 ммоль/л, ЛПВП — 1,2 ммоль/л, глюкоза — 5,24 ммоль/л, билирубин общий — 15,8 мкмоль/л, триглицериды — 0,96 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 34 Ед/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 25 Ед/л, серогликоиды — 0,12, РФ — до 8,0, тимоловая проба — 1,76 Ед, СРБ — 0,40 Ед, АСО — до 200 Ед, калий — 4,2 ммоль/л, натрий — 138,5 ммоль/л, хлор — 107,7 ммоль/л. **Гемостазиограмма:** АЧТВ — 28,5, ПТИ — 0,44, МНО — 2,12, фибриноген — 3,4 г/л. **ОАМ:** цвет-соломенно-желтый, кислотность — кислая, прозрачность — прозрачная, удельный вес — 1016, белок — отр., сахар — отр., плоский эпителий в п/з — нет, лейкоциты в п/з — 2–3. **Рентгенограмма органов грудной клетки:** легкие без видимых очаговых и инфильтративных теней. Синусы свободные. Сег-

менты сердца не увеличены. Контур деформирован, контур диафрагмы высокий. **УЗИ органов брюшной полости:** расширение печеночных и воротных вен. **УЗИ сердца:** ВПС: единый желудочек сердца, анатомически левый, атрезия ТК с гипоплазией правого желудочка (ПЖ) и стенозом ЛА. Состояние после гемодинамической коррекции ВПС, экстракардиального Фонтена в 2013 г. Множественные МАПК. Небольшое количество жидкости в правом плевральном синусе. **УЗИ почек:** нефроптоз справа. **УЗИ брахиоцефальных артерий:** патологии не выявлено. **Холтеровское мониторирование:** ритм синусовый, СРРЖ. Среднесуточная ЧСС 109 в мин., среднедневная ЧСС 117 в мин, средненочная ЧСС 93 в мин. Максимальная ЧСС 141 в мин., максимальная ЧСС 72 в мин. ЦИ — 1,3. Зарегистрировано 138 желудочковых экстрасистол, 2 парных желудочковых экстрасистолы, 1 эпизод желудочковой bigeminy, 2 неустойчивых эпизода пробежек неустойчивой тахикардии. **Тредмил-тест:** Достигнута ЧСС 125/мин, толерантность к нагрузке средняя. Гипотонический тип реакции, хронотропная недостаточность. Получает лечение: варфарин, эналаприл, фуросемид.

Учитывая литературные данные о возможности развития у данной группы пациентов отдаленных последствий после операции, в частности развития печеночной дисфункции, нами был проведен анализ показателя риска развития заболеваний печени по шкале MELD. У данного пациента значение индекса шкалы MELD составило 16 Ед, что позволяет включить пациента в группу риска по развитию фиброза печени.

Выводы

1. Среди отдаленных последствий операции Фонтена у пациента с единственным желудочком сердца выявлены аритмия, хронотропная недостаточность и печеночная дисфункция с признаками портальной гипертензии.

2. По данным значений шкалы MELD установлено, что данный пациент входит в группу риска по развитию прогрессирования фиброза печени, следовательно нуждается в динамическом наблюдении не только кардиолога, но и гепатолога.

3. На основании полученных данных необходимо включить в план инструментального обследования пациентов после операции Фонтена не только исследования кардиологического профиля, но и шкалу MELD.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мутафьян. О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — М., 2010. — 478 с.
2. Непосредственные и среднеотдаленные результаты операции Фонтена в модификации экстракардиального кондуита / В. П. Подзолков [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2005. — С. 10–13.
3. The model for the end-stage liver disease and Child-Pugh score in predicting prognosis in patients with liver cirrhosis and esophageal variceal bleeding / D. Benedeto-Stojanov [et al.] // Vojnosanit Pregl. — 2009. — Vol. 66(9). — P. 724–728.
4. Model for end-stage liver disease and Ghild-Turcotte-Pugh score as predictors of pretransplant disease severity, posttransplantation outcome, and resource utilization in United Network for Organ Sharing status 2A patients / R. S. Brown [et al.] // Liver Transpl. — 2002. — P. 278.
5. «Correction» of tricuspid atresia. 2 cases «corrected» using a new surgical technic / F. Fontan [et al.] // Ann Chir Thorac Cardiovasc. — 1971. — Vol. 10. — P. 39–47.

УДК 616.379-008.64:616-001-036.12-08

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Славников И. А.¹, Ярец Ю. И.², Дундаров З. А.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Раневое заживление представляет собой многокомпонентный процесс с участием различных типов клеток, имеющих сложные взаимоотношения в различные временные перио-