

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе медиана возраста пациентов составила 56 (41; 63) лет. Медиана среднего САД днем составила 139 (134; 146), ДАД — 85 (75; 90), ночью — 138 (129,5; 146,5) и 81,755 (75; 87). Средние значения САД днем выше нормы выявлены у 60 (89,6 %) обследуемых, ДАД — у 54 (80,1 %), ночью САД — у 64 (95,5 %), ДАД — у 44 (65,7 %) пациентов.

Индекс времени гипертензии более 50 % днем определен у 65 (97,7 %) человек, ДАД — у 61 (91 %), ночью — САД у 64 (95,5 %), ДАД — у 65 (97 %).

Для проверки предположения влияет ли наличие ночного сна и его качество на достоверность результата был проведен анализ показателей с учетом СНС ЧСС. СНС ЧСС ниже 10 % регистрировалось у 36 (53,7 %) человек, что свидетельствует об отсутствии должного качества ночного сна (подтверждается отметками пациента в дневнике мониторингования АД), 31 (46,3 %) — исследуемый имели 10 % и более.

При параллельном использовании показателей СНС АД и СНС ЧСС недостаточная СНС САД ночью зарегистрирована у 19 (28,4 %) пациентов, ДАД — у 22 (32,8 %), цифры ночного САД превышали цифры дневного АД у 19 (28,4 %) исследуемых, ДАД — у 8 (11,9 %), что значительно меньше ($p < 0,001$) в сравнении с использованием только СНС АД без учета динамики ЧСС. Таким образом, лишь у 31 (46,3 %) пациентов определено истинное нарушение ночного снижения САД, ДАД, соответственно использование СНС ЧСС в дополнение к СНС АД дает более достоверный результат.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о достоверной диагностической ценности показателей СНС ЧСС при анализе СНС АД с учетом отметки пациента в дневнике о наличии и качестве ночного сна.

УДК 616.36-004-036.1-036.8-07

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ MELD У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Борисовец М. В.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Е. Г Малаева,
ассистент И. Л. Мамченко**

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

Введение

Цирроз печени входит в одну из шести причин смерти пациентов в возрасте от 35 до 60 лет. Поэтому важной задачей является своевременное выявление ранней стадии заболевания, а также оценка функционального резерва печени. С 1973 г. для оценки степени тяжести цирроза печени и выживаемости пациентов используется классификация Child-Pugh. С 2000 г. для прогнозирования выживаемости пациентов стали использовать расчетную шкалу MELD (Model for End — Stage Liver Disease), разработанную с помощью регрессионного анализа в США, в которой степень нарушения функции почек учитывается во время оценки параметров портальной гипертензии. По данным некоторых авторов, чувствительность модели составляет 77 %, специфичность — 79 %, позитивный прогностический уровень — 63 %, негативный — 88 %. Р. Kamath et al. (2001) показали, что при количестве баллов по шкале MELD менее 20 трехмесячная летальность составляет 27 %, а при более 20 — 76 %. По данным А. Flodén (2007), неблаго-

приятный жизненный прогноз пациентов с циррозом печени ассоциирован со значением MELD > 18.

Цель

Изучить значения шкалы MELD у пациентов с циррозом печени с различным прогностическим индексом.

Материал и методы исследования

Ретроспективно на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» проанализированы 30 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении в 2019 г. Из них 6 пациентов были с компенсированной стадией цирроза печени (класс А), 14 — с субкомпенсированной (класс В) и 10 — с декомпенсированной (класс С) стадией цирроза печени по шкале Child-Pugh. Оценивались концентрация общего билирубина и креатинина в крови, рассчитывалось МНО, индекс MELD. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ «Statistica» 12.0, «Excel 13». Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных пациентов колебался от 35 до 65 лет. Мужчины составили — 17 (56,6 %) человек, женщины — 13 (43,3 %). Большинство пациентов имели субкомпенсированную стадию цирроза печени (класс В) — 14 (46,6 %), 6 (8,5 %) — компенсированную (класс А) и 10 (33,3 %) пациентов — декомпенсированную стадию (класс С) ($p = 0,020$).

Значение биохимических показателей по шкале MELD у пациентов с циррозом печени, в зависимости от степени тяжести представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Значение биохимических показателей по шкале MELD у пациентов с циррозом печени, в зависимости от степени тяжести

Показатель, Ме (25–75 перцентиль)	Класс А (n = 6)	Класс В (n = 14)	Класс С (n = 10)	p
Билирубин общий, мкмоль/л	21,7 (16–24)	39 (10,7–69)	92,1 (22–144)	$p = 0,02$
Креатинин, мкмоль/л	68,8 (58–77)	74,7 (60–94)	103,7 (75–180)	$p = 0,02$
МНО	1,2 (1–1,5)	1,28(1–1,75)	2 (1,14–2,8)	$p = 0,02$
MELD	9 (7–12)	12 (7–17)	20,7 (13–26)	$p < 0,001$

Из таблицы 1 видно, что происходит повышение общего билирубина, креатинина, МНО у пациентов в стадии декомпенсации (класс С) в сравнении с пациентами в стадии компенсации (класс А) и субкомпенсации (класс В) ($p < 0,05$), что говорит о прогрессировании степени тяжести цирроза печени. Также с прогрессированием степени тяжести цирроза печени увеличивался расчетный индекс MELD: у пациентов с классом тяжести А он составил от 7 до 12, В — от 7 до 17, С — от 13 до 26 ($p < 0,001$).

Неблагоприятный жизненный прогноз установлен у 7 (23,3 %) пациентов с циррозом печени класса тяжести С (MELD > 18) ($p = 0,016$).

Показатель трехмесячной летальности для пациентов с циррозом печени согласно исследования R. Wiesner (2003) в зависимости от балла по шкале MELD составляет: при 40 баллах и более — 71,3 %, при 30–39 баллах — 52,6 %, при 20–29 баллах — 19,6 %, при 10–19 баллах — 6 % и при значении 9 и менее баллов — 1,9%. Исходя из этого, показатель трехмесячной летальности составил 1,9 % для 3 (10 %) пациентов с компенсированной (класс А) и для 2 (6,6 %) пациентов с субкомпенсированной (класс В) стадией цирроза печени; 6 % для 3 (10 %) пациентов с компенсированной стадией цирроза печени, для 12 (40 %) пациентов с субкомпенсированной и для 4 (13,3 %) пациентов с декомпенсированной стадией цирроза печени; 19,6 % для 6 (20 %) пациентов с декомпенсированной стадией цирроза печени. Соответственно 20 % пациентов с декомпенсиро-

ванной стадией цирроза печени имеют более высокий показатель трехмесячной летальности в сравнении с пациентами в стадии компенсации ($p < 0,001$).

С увеличением расчетного индекса MELD отмечается рост таких осложнений цирроза печени, как асцит и варикозное расширение вен пищевода. Асцит диагностирован у 12 (40 %) пациентов с субкомпенсированным и у 10 (33,3 %) с декомпенсированным циррозом печени, значение расчетного индекса MELD при этом составило 13 (10–17) для пациентов с субкомпенсированным и 20,7 (13–26) для пациентов с декомпенсированным циррозом печени. Варикозное расширение вен диагностировано у 7 пациентов (23,3 %) с субкомпенсированной и у 8 (26,6 %) с декомпенсированной стадией цирроза печени, расчетный индекс MELD составил 14 (11–17) для пациентов с субкомпенсированной и 21,2 (14–26) для пациентов с декомпенсированной стадией цирроза печени. Исходя из этого, при значении расчетного индекса MELD > 10 отмечается рост осложнений цирроза печени.

Выводы

1. При увеличении степени тяжести цирроза печени происходит повышение основных показателей шкалы MELD: общего билирубина, креатинина, значения МНО ($p < 0,05$). Неблагоприятный жизненный прогноз установлен у 23,3 % с циррозом печени класса тяжести С.

2. Увеличение расчетного индекса MELD происходит по мере прогрессирования степени тяжести цирроза печени: от 7 до 12 в стадии компенсации (класс А), в стадии субкомпенсации (класс В) — от 7 до 17 и от 13 до 26 в стадии декомпенсации (класс С) ($p < 0,001$).

3. При значении расчетного индекса MELD > 10 отмечается рост таких осложнений цирроза печени, как асцит и варикозное расширение вен пищевода, что также свидетельствует о прогрессировании заболевания.

УДК 616.12-008.313:613.1

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ОТ МЕТЕОУСЛОВИЙ

Букотина Д. А., Костюкевич Я. П.

Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Цырульникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность изучения связи между метеоусловиями и здоровьем человека приобретает особую значимость в связи с изменением климата [1]. Непостоянство погодных условий, таких как атмосферное давление, температура, влажность, скорость и направление ветра, осадки могут нарушать привычную жизнь метеочувствительных людей: вызывать обострение хронических заболеваний, увеличивать число случаев депрессии, сезонных аффективных расстройств, провоцировать возникновение головной боли, мигрени и других симптомов [2]. Изучение воздействия погоды и климата на здоровье имеет давнюю историю, начиная с Гиппократа, который связывал метеорологические изменения и здоровье. Поскольку климат и его влияние на многие природные процессы являются основными компонентами, которые позволяют существовать жизни на Земле, интерес к исследованиям по взаимодействию между погодными условиями и здоровьем человека растет. Исследования показывают, что 40 % случаев смерти были зафик-