

(среди пациентов с АГ I 49% имели уровни тревоги, выходящие за пределы нормы; с АГ II - 65,8% соответственно, с АГ III-91%соответственно). 3. Чем выше степень АГ, тем больше пациентов имеют клинически выраженный уровень тревоги (среди пациентов с АГ I субклинический и клинически выраженный уровни тревоги имели 44,4% и 5,5% опрошенных соответственно; среди пациентов с АГ II- 57,1% и 8,7% опрошенных соответственно; среди пациентов с АГ III -45,5% и 45,5% опрошенных соответственно; среди пациентов, на имеющих АГ, -38,1% и 2,4% соответственно).4. Между степенью АГ и уровнем тревожности существует прямая статистически значимая корреляционная связь ($p<0,001$), т.е. с увеличением степени АГ увеличивается уровень тревожности.5. Между итоговым показателем тревожности по шкале Цунга и ИМТ респондентов существует прямая статистически значимая корреляционная связь ($p<0,05$), т.е, чем выше масса тела, тем выше уровень тревожности.6. Между суммарным показателем тревоги по шкале госпитальной тревожности и половой принадлежностью пациентов существует статистически значимая корреляционная связь ($p<0,001$), а именно: у мужчин уровень тревожности ниже, чем у женщин.7. Между итоговым показателем тревожности по шкале Цунга и возрастом опрошенных существует обратная статистически значимая корреляционная связь ($p<0,001$), т.е., чем старше пациент, тем ниже уровень тревожности.

Литература:

1. Васюк, Ю.А. Диагностика и лечение депрессий при заболеваниях сердечно-сосудистой системы/Ю.А.Васюк, Т.В.Довженко//М.-2006.-58 с.
2. Сыркин, А.Л. Депрессивные расстройства в кардиологии / А.Л.Сыркин // Consilium medicum. -2003. – С. 7-9.
3. Kawachi, I. A prospective study of anger of coronary heart disease: the Normative Aging Study / I. Kawachi [et al.]// Circulation.- 1996.– P.2070-2095.

МЕСТО СИНДРОМА МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА В СТРУКТУРЕ НЕЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Неверов П.С., Левша Е.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) продолжают оставаться сложной клинической проблемой современной гастроэнтерологии. Это связано как с увеличением общего числа больных с данной патологией, так и с увеличением частоты встречаемости неязвенных кровотечений, среди которых ведущим является желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (синдром Меллори-Вейса, СМВ) [1, 2, 3, 4]. По данным центрагастроудоденальных кровотечений УЗ «10 ГКБ г.

Минска» в 2013 году 24% случаев желудочно-кишечных кровотечений было связано с развитием СМВ.

Цель: установить факторы риска развития рецидива кровотечения при синдроме Меллори-Вейса, а также оценить социальную значимость данной патологии.

Задачи:

1. Проанализировать причины, приводящие к развитию СМВ;
2. Определить возможность применения шкал Blatchford, Rockall для определения риска развития рецидива СМВ;
3. Оценить экономические затраты на лечение пациентов с СМВ.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ 138 историй болезни пациентов, получавших лечение по поводу СМВ на базе УЗ «10 ГКБ г. Минска» в период с января по ноябрь 2013 года. Для оценки риска развития рецидива кровотечения при СМВ использовались шкалы Blatchford и Rockall. Статистическая обработка выполнена с помощью программных пакетов Statistica 6.1, Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов составил $44 \pm 14,34$ (M $\pm$ δ) года. Мужчин было 109 (79%), женщин – 29 (21%). 119 (86%) пациентов, получавших лечение в стационаре, были трудоспособного возраста. Из них 51 (36,9%) пациент не имел постоянного места работы. С другой стороны, среди всех безработных, 76,47% были трудоспособными, что подтверждает социальную значимость данной патологии.

В 63,77% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем. Признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) были выявлены у 29,7% пациентов. В 15,22% случаев была обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Часто СМВ сопровождался гепатитом (22%), язвенной болезнью (20%), панкреатитом (12%), ЖКБ (10%), гастритом (8%).

Пациенты с СМВ были разделены на 2 группы. В первую вошли пациенты без рецидива, во вторую – с рецидивом кровотечения. В первой группе преобладали пациенты с легкой (62%) и средней (27%) степенью кровопотери, в то время как у пациентов второй группы тяжелая степень кровопотери отмечена у 43%.

Всем пациентам с признаками желудочно-кишечного кровотечения выполнялась неотложная лечебная эзофагогастродуоденоскопия, во время которой выявлялся источник кровотечения, уровень местного гемостаза по Forrest, при продолжающемся или нестабильно остановившемся кровотечении проводился эндоскопический гемостаз. У 45 пациентов первой группы (34%) имело место продолжающееся кровотечение (F-I-A – 10,85%), у 27% пациентов имелся спонтанный нестабильный гемостаз (F-II-A и F-II-B).

Пациенты второй группы чаще поступали в больницу с активным продолжающимся кровотечением (85,71%), наличием почечной (14,29%) и печеночной (42,86%) дисфункции, что потребовало проведения интенсивной терапии и восполнения объема циркулирующих эритроцитов и факторов свертывания крови у 79 пациентов (57%) (в первой группе – в 34% случаев). Инъекционный гемостаз 0,5% этоксисклеролом (или 70% р-ром спирта + 0,18% р-ром адреналина) был проведен у 91 (66%) пациентов. Выполнено 4 процедуры эндоскопического клипирования.

В исследовании была определена возможность применения шкал Blatchford и Rockall для оценки риска развития рецидива при СМВ. По шкале Blatchford в первой группе сумма баллов составила $6,1 \pm 0,37$ ($M \pm m$), во второй $5,9 \pm 1,75$. При этом различия между группами оказались статистически недостоверны (U критерий Манна-Уитни $=432,0$; $p=0,81$). По шкале Rockall различия между первой и второй группами были статистически достоверны: $3,4 \pm 0,21$ и $5,0 \pm 0,58$ соответственно, $U=246,5$; $p=0,038$. Таким образом, шкала Blatchford не позволила адекватно оценить риск развития рецидива кровотечения при СМВ, в отличие от шкалы Rockall.

При оценке экономических затрат на лечение пациентов с СМВ общие расходы составили 711 020 597 белорусских рублей. На лечение неработающих лиц потрачено 249 528 429 белорусских рублей, из них 70 309 911 белорусских рублей расходовано на лечение в отделении интенсивной терапии по поводу развившихся психотических расстройств.

Выводы

1) Злоупотребление алкоголем на фоне ГЭРБ часто приводит к развитию СМВ.

2) На вероятность развития рецидива кровотечения оказывали влияние тяжесть кровопотери, уровень местного гемостаза по Forrest, наличие почечной и печёночной дисфункций, наличие и длительность алкогольного анамнеза.

3) Оценка риска развития рецидива кровотечения при данной патологии по шкале Rockall позволяет оптимизировать лечебную тактику.

4) СМВ является серьёзной социальной проблемой, так как в 62% наблюдений возникновению кровотечения предшествовало злоупотребление алкоголем, при этом 36,9% пациентов с данным синдромом были безработными, а затраты на их лечение составили 249 528 429 белорусских рублей.

Литература:

1. Синдром Меллори-Вейса и эрозивно-геморрагический гастрит как причина острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / П. В. Гарелик, А. А. Полинский, О. И. Дубровщик и др. // Журнал ГрГМУ. - 2009. - № 2. - С. 206-209.
2. Этиология и патогенез синдрома Меллори-Вейса / Ш. В. Тимербулатов, М. В. Тимербулатов, Р. Б. Сагитов и др. // Хирургия. Журнал им. Пирогова. - 2010. - №10. - С. 42-45.
3. Mallory-Weiss tear during gastric endoscopic submucosal dissection / Hiroki Hongou [et al.] // World J Gastrointest Endosc. - 2011. - Vol. 3, №7. - P. 151-153.

4. The Blatchford score is an useful index in the management of Mallory-Weiss tear and gastrointestinal bleeding: experience from an urban community hospital / Banerjee S [et al.] // ActaGastroenterol Belg. – 2012. – Vol. 75, №4. – P. 432-437.

АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАЛИЧИИ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

Ненартович И.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Бронхиальная астма (БА) — это хроническое воспалительное состояние, ассоциированное с вариабельной обструкцией дыхательных путей и бронхиальной гиперреактивностью, которое проявляется в виде повторяющихся эпизодов свистящего дыхания, кашля, ощущения нехватки воздуха и чувства стеснения в груди. Появление этих симптомов объясняется высвобождением провоспалительных медиаторов и хемотаксических факторов, которые обуславливают развитие бронхоспазма, отека слизистой и гиперсекрецию слизи. БА может сосуществовать со структурной патологией лёгких (СПЛ) [1], что позволяет выявить компьютерная томография (КТ) высокого разрешения [2]. Новым доступным информационным источником отсутствуют сведения об особенностях клинических проявлений БА, ассоциированной со СПЛ, у детей.

Цель: сравнить аускультативную картину БА при наличии СПЛ и без СПЛ.

Материалы и методы. Обследован 101 пациент 6-17 лет с БА среднетяжелого и тяжелого персистирующего течения из числа госпитализированных в пульмонологическое отделение УЗ «Минская областная детская клиническая больница» в период 2010-2013 гг. Пациента с БА включали в программу настоящего исследования при соблюдении всех критериев включения, которые были сформулированы так: установленный диагноз БА среднетяжелого/тяжелого персистирующего течения; возраст пациента 6-18 лет; наличие информированного согласия законных представителей пациента на его участие в настоящем исследовании. Пациент исключался из исследования при наличии хотя бы 1 критерия исключения: возраст пациента младше 6 лет и старше 18 лет; течение БА легкой степени тяжести; отказ законных представителей пациента от его участия в исследовании на любом этапе его проведения; выраженные нарушения функции сердечно-сосудистой системы, печени, почек, центральной нервной системы, нарушения системы свертываемости крови; туберкулез; состояния, требующие проведения неотложных мероприятий и интенсивной терапии, астматический статус, пациенты в бессознательном состоянии.