

**С. А. Полянский**

*Научные руководители: старший преподаватель Д. М. Адамович,  
к.м.н., доцент Д. А. Евсеенко*

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

## **НЕКОТОРЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

### ***Введение***

Цирроз печени (ЦП) – хроническая болезнь печени, сопровождающаяся необратимым замещением паренхимы печени фиброзной соединительной тканью [1].

Для ЦП характерен синдром цитолиза, при котором отмечается выход ферментов в плазму, с последующим повышением аспартатаминотрансферазы (АСАТ), аланинаминотрансферазы (АЛАТ), других ферментов при определении их в биохимическом анализе крови. Протромбин, фибриноген, факторы свертывания V и VII – это вещества, синтезирующиеся в печени, концентрация которых является важной для врача-клинициста. Снижение их уровня может свидетельствовать о нарушении синтетической функции печени, наличии печеночно-клеточной недостаточности [3].

Утилизация билирубина напрямую связана с активностью гепатоцитов. При снижении их функционирующего количества, уровень билирубина может повышаться, что в совокупности с другими лабораторными анализами, может достоверно указать на нарушение функциональной активности печеночной ткани [3].

Основными причинами смерти пациентов с декомпенсированным ЦП является острое кровотечение (ОК) из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка. Иными осложнениями синдрома портальной гипертензии на фоне ЦП могут быть так называемая печеночная энцефалопатия, спонтанный бактериальный перитонит, асцит, гепаторенальный синдром, прочее.

В основе кровотечений из ВРВ пищевода и желудка лежит синдром повышения давления в просвете *v. portae*, который характеризуется как инструментально, так и клинически нарушением кровотока в портальных сосудах, печеночных венах и нижней полой вене [2].

### ***Цель***

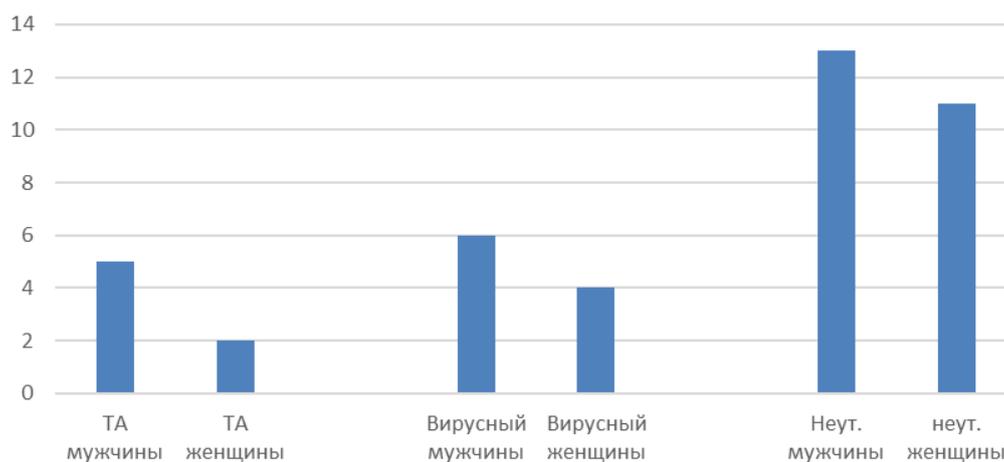
Оценить результаты общего анализа, биохимического анализа крови, коагулограммы пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени.

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

Для оценки диагнозов использовался архивный материал с 2018 по 2022 г. учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Ретроспективно проанализирована 41 история болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении, с диагнозами цирроз печени, осложненный острой кровопотерей. Для анализа использовались следующие данные: возраст пациентов, пол, биохимический и общий анализ крови, коагулограмма. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel и программы Statistica.

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

При проведении исследования установлено, что 17 (42,44 %) пациентов составили женщины, а 24 (57,56 %) пациента были мужского пола.



**Рисунок 1 – Распределение пациентов в зависимости от их пола и этиологии цирроза печени**

По патогенезу заболевания было выполнено разделение пациентов с ЦП на группы: токсико-алиментарный (ТА), вирусный и неуточненный (рисунок 1).

ТА ЦП был выявлен у 7 пациентов, из них было 5 мужчин и 2 женщины. Средний возраст исследуемых в этой группе составил  $47 \pm 12,75$  лет. В общем анализе крови (ОАК) было выявлено: количество эритроцитов составляло  $2,78 \pm 0,88 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитов –  $11,7 \pm 3,8 \times 10^9/л$ , гемоглобина –  $84 \pm 23$  г/л, тромбоцитов –  $179 \times 10^9/л$ . Биохимический анализ крови (БАК): средний показатель креатинина –  $88 \pm 31$  мкмоль/л, общего билирубина –  $116 \pm 101$  мкмоль/л, АЛАТ – 115 ед/л, АСАТ – 272 ед/л, мочевины –  $10 \pm 6,8$  ммоль/л, белка –  $60,6 \pm 12,2$  г/л. Показатели коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время –  $29,7 \pm 5,2$  сек., протромбиновое время –  $18,9 \pm 2$  сек., протромбиновый индекс –  $0,65 \pm 0,04$  %, фибриноген –  $2,3 \pm 0,75$  г/л. Из 7 пациентов данной группы четверо умерли (рисунок 2).

ЦП вирусной этиологии был выявлен у 10 пациентов, из них было 6 мужчин и 4 женщины. Средний возраст составил  $49,2 \pm 10,14$  года. В ОАК было выявлено: количество эритроцитов –  $3,0 \pm 1,12 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитов –  $9,0 \pm 4,4 \times 10^9/л$ , гемоглобина –  $87,9 \pm 24,6$  г/л, тромбоцитов –  $125 \pm 103 \times 10^9/л$ . БАК: средний показатель креатинина – 144,15 мкмоль/л, общего билирубина –  $31,65 \pm 23,4$  мкмоль/л, белка –  $64,5 \pm 10,4$  г/л, АЛАТ – 179 ед/л, АСАТ – 367 ед/л, мочевины –  $14,3 \pm 17$  ммоль/л, амилазы –  $61 \pm 56$  ед/л. Показатели коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время –  $27,0 \pm 4,8$  сек., протромбиновое время –  $17,33 \pm 3,3$  сек., протромбиновый индекс –  $0,73 \pm 0,15$  %, фибриноген –  $2,2 \pm 0,79$  г/л. Из 10 пациентов данной группы 3 умерли (рисунок 2).

ЦП неуточненной этиологии был выявлен у 24 пациентов, из них было 13 мужчин и 11 женщин. Средний возраст пациентов этой группы составил  $56 \pm 14,3$  года. В ОАК было выявлено: количество эритроцитов –  $3,03 \pm 0,65 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитов –  $7,44 \pm 3,94 \times 10^9/л$ , гемоглобина –  $89,3 \pm 20$  г/л, тромбоцитов –  $110 \pm 59 \times 10^9/л$ . БАК: средний показатель креатинина – 120 мкмоль/л, общего билирубина – 38,9 мкмоль/л, АЛАТ – 47 ед/л, АСАТ – 91,8 ед/л, мочевины – 10,2 ммоль/л, белка – 60,4 г/л. Коагулограмма: активированное частичное тромбопластиновое время –  $28,9 \pm 5,9$  сек., протромбиновое время –  $18,7 \pm 3,2$  сек., протромбиновый индекс –  $0,67 \pm 0,11$  %, фибриноген –  $2,14 \pm 1,12$  г/л. Из 24 пациентов данной группы 4 умерли (рисунок 2).



**Рисунок 2 – Летальность пациентов в зависимости от этиологии цирроза печени**

### **Выводы**

Токсико-алиментарный цирроз печени является самым неблагоприятным по своему клиническому и лабораторному течению. Далее по частоте выявленных патологических нарушений со стороны лабораторных исследований следует вирусный цирроз печени. У всех групп пациентов были выявлены нарушения в системе гемопоза, а также нарушение синтетической функции печеночной ткани, пораженной циррозом.

Таким образом, неблагоприятные исходы в лечении пациентов с циррозом печени могут быть связаны со снижением количества факторов свертывания крови, на что указывали полученными нами данные коагулограмм. У этих пациентов повышается риск развития острого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода на фоне низких компенсаторных возможностей организма в следствие нарушения дезинтоксикационной функции печени и возможного развития гепаторенального синдрома.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. «Cirrhosis». nhs.uk. 29 June 2020. Archived from the original on 5 October 2017. Retrieved 8 February 2021.
2. Пасечник, И. Н. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени / И. Н. Пасечник, П. С. Сальников // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013;(8). – С. 7680.
3. Клиническая интерпретация биохимического анализа крови при заболеваниях печени: учебное пособие для студентов / А. В. Давыдова. – ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2013. – 46 с.

**УДК 616.34-007.43-031:611.957]-089**

**С. А. Полянский**

*Научный руководитель: ассистент Т. А. Шачикова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ НА КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ СТОРОНЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОДНОСТОРОННЕЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ**

### **Введение**

Паховая грыжа – представляет собой выпячивание содержимого брюшной полости через паховый канал, в котором проходит семенной канатик у мужчин и круглая связка матки у женщин [1].

У детей, согласно научным исследованиям, паховые грыжи – это результат незаращенного влагалищного отростка брюшины, что представляет собой нарушение эмбриогенеза, в норме влагалищный отросток брюшины облитерируется за несколько недель до рождения или же через несколько недель после [4].