

УДК 577.1:616.36-002.2-052

М. Б. Минчик¹, Е. А. Шимбалева¹, И. В. Пальцев²¹Учреждение здравоохранения«Гомельская университетская клиника –
областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»,²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ

Введение

Патология печени и желчных путей имеет достаточно широкую распространенность в человеческой популяции, обуславливая большое внимание ученых всех стран к данной проблеме.

Повышение качества жизни, улучшение медицинского обслуживания в современном мире привело к росту продолжительности жизни, и, как следствие, – к повышению удельного числа лиц пожилого и старческого возраста в развитых странах. У данной категории людей гепатобилиарная система претерпевает определенные изменения и становится более уязвимой к метаболическим нарушениям. В свою очередь, нарастание метаболических изменений среди лиц старших возрастных категорий обуславливает повышение риска формирования патологии печени, обусловленной нарушением обмена веществ. В первую очередь это касается изменений метаболизма липидов, приводящее к избыточному накоплению в печени и, в последующем, формированию стеатоза и стеатогепатита. Также определенную роль могут играть нарушения обмена железа с отложением его в печени и повреждением гепатоцитов. В то же время у пациентов молодого возраста заболевания печени чаще обусловлены другими причинами: вирусы гепатитов, токсическое поражение и др. [1, 2, 3, 4].

В связи с вышеуказанным представляет интерес сравнительный анализ показателей биохимических показателей крови у пациентов с хроническими гепатитами разных возрастных категорий.

Цель

Выполнить сравнительный анализ показателей биохимического анализа крови у пациентов разных возрастов и оценить возможное влияние метаболических нарушений на формирование патологии печени.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 80 пациентов с хроническими гепатитами различной этиологии от минимальной до умеренно выраженной активности. Диагноз был выставлен после полного клинического, лабораторного и инструментального обследования.

В биохимическом анализе крови оценивались уровни аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), общего билирубина, общего холестерина. Кроме того, оце-

СЕКЦИЯ Внутренние болезни. Клиническая фармакология

нивались показатели обмена железа: концентрации общего железа сыворотки крови и сывороточного ферритина.

Для выявления вирусов гепатита как возможной причины заболевания печени пациенты обследовались на наличие маркеров – HbsAg и антиHCV. В случае положительного результата диагноз вирусного гепатита подтверждался обнаружением в крови пациентов ДНК HBV и РНК HCV методом полимеразной цепной реакции.

Проводилась статистическая обработка полученных данных с использованием программы «MEDCALC Software». Вычислялась медиана (Me), минимальное (Min) и максимальное (Max) значения, 25-й (Q1) и 75-й (Q3) процентиля, 95%-ный доверительный интервал (95% ДИ). Для сравнения данных по количественному или качественному признаку в двух независимых выборках использовался тест Манна–Уитни. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность прогноза, равную 95 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе анализа полученных данных все включенные в исследование пациенты были разделены на 2 группы. Первая (1) группа – 42 пациента старше 60 лет (медиана (Me) возраста составила, Min = 61 год, Max = 76 лет), вторая (2) группа – 38 пациентов молодого возраста (Me-38 лет, Min = 30 лет, Max = 44 года)). Различие в возрасте обеих групп было статистически значимым ($p < 0,001$).

Далее в группах проводился сравнительный анализ показателей биохимического анализа крови, результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Биохимические показатели у пациентов обеих групп.

Показатель	Группа	Me	Min	Max	Q1	Q3	95% ДИ	p
АЛТ, Ед/л	1 группа	32	11	212	21	56	21–57	0,14
	2 группа	42	9	282	22	51	24–67	
АСТ, Ед/л	1 группа	24	13	162	20	36	22–36	0,37
	2 группа	28	14	284	21	45	22–42	
ГГТП, Ед/л	1 группа	37	14	1071	21	92	22–97	0,16
	2 группа	31	12	1066	16	57	17–52	
ЩФ, Ед/л	1 группа	101	76	520	86	125	84–120	0,006
	2 группа	65	38	159	59	85	57–85	
Общ. билирубин, мкмоль/л	1 группа	20	7	160	17	28	16–27	0,35
	2 группа	17	8	74	12	25	12–24	
Общий белок, г/л	1 группа	73	58	85	69	79	66–75	0,25
	2 группа	76	64	84	71	80	72–80	
Холестерин, ммоль/л	1 группа	5,8	3,1	8,8	4,6	6,2	4,8–6,2	0,03
	2 группа	4,5	2,2	7,2	4,0	6,0	4,1–5,6	
Fe, мкмоль/л	1 группа	23,5	88	33,5	16,9	26,8	16,2–27,3	0,08
	2 группа	17,8	6,5	38,2	11,4	26,3	12,3–24,3	
Ферритин, мкг/л	1 группа	186	82	1200	126	232	120-238	0,005
	2 группа	94	5,1	538	36	157	37–161	

Анализируя данные, представленные в таблице, необходимо отметить следующее. Выраженность синдрома цитолиза была у пациентов обеих групп не имела статистически значимых отличий с незначительным преобладанием в группе пациентов мо-

СЕКЦИЯ

Внутренние болезни. Клиническая фармакология

лодого возраста, о чем свидетельствуют показатели сывороточных трансаминаз. Также не было выявлено различий в уровнях общего билирубина и общего белка крови.

Показатель активности ГГТП был несколько выше у пациентов старше 60 лет, активность щелочной фосфатазы была статистически значимо выше в старшей возрастной категории, что может свидетельствовать о более выраженных холестатических процессах среди пациентов данной группы.

При оценке липидного обмена была выявлена разница в уровне общего холестерина среди пациентов: во второй группе он был статистически значимо ниже, что указывает на более значительные метаболические изменения среди возрастных пациентов. Высокие уровни липидов крови, более характерные для пациентов старшей категории, являются фактором риска развития стеатоза печени, а в дальнейшем – стеатогепатита. Анализ распространенности гиперхолестеринемии показал, что превышение нормального уровня холестерина имели 26 (61,9%) пациентов старше 60 лет. Среди более молодых пациентов гиперхолестеринемия встречалась в два раза реже – 9 случаев (31%), различие было статистически значимым ($p=0,0013$). Выявленные различия отражают более выраженные нарушения метаболизма липидов у пациентов старше 60 лет.

Другим, менее распространенным фактором формирования патологии печени может являться синдром перегрузки железом, вызывающий поражение гепатоцитов и способствующий прогрессированию фиброза. Анализ показателей обмена железа выявил следующие изменения. У пациентов старшего возраста уровень сывороточного железа был несколько выше, а уровень сывороточного ферритина статистически значимо превышал таковой у пациентов 2 группы. Более высокие уровни сывороточного железа и ферритина у пациентов пожилого возраста отражают возможное влияние синдрома перегрузки железа на формирование и прогрессирование патологии печени.

Обследование пациентов на наличие вирусов гепатитов показало следующее. В 1 группе положительные маркеры были выявлены у 5 (13,5%) пациентов, в группе пациентов молодого возраста показатель был существенно выше – 13 случаев (34,2%). Различия в частоте выявления маркеров вирусных гепатитов были статистически значимы ($p=0,034$), что позволяет сделать вывод о более значимой роли вирусной инфекции в формировании патологии печени в молодом возрасте.

Заключение

У пациентов с хроническими гепатитами разных возрастных категорий выявлены определенные отличия в показателях биохимического анализа крови и распространенности вирусов, вызывающих хронический гепатит.

Метаболические изменения у пациентов молодого возраста значительно менее выражены, в данной когорте значительную роль в формировании хронической патологии печени играет вирусная инфекция.

Для пациентов старше 60 лет характерна высокая распространенность и выраженность метаболических нарушений, приводящих к поражению печени. Наиболее частым нарушением была гиперлипидемия, вызывающая стеатоз печени, а в дальнейшем – стеатогепатит. Также определенную роль в группе более возрастных пациентов играет нарушение метаболизма железа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Радченко, В. Г. Возрастные изменения печени / В. Г. Радченко, П. В. Селиверстов // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2017. – № 1. – С. 110-116.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации /

СЕКЦИЯ
Внутренние болезни. Клиническая фармакология

В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – № 2. – С. 24-42.

3. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика, лечение / Л. Б. Лазебник [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 7. – С. 85-96.

4. Катикова, О. Ю. Болезни печени в пожилом возрасте: клинические проявления, особенности патогенеза, лечение / О. Ю. Катикова // Клиническая геронтология. – 2004. – № 7. – С. 41-45.

УДК 616.8: 616-036.86

Ю. А. Овсянник, И. Я. Чапко, Н. А. Ничиперович

Государственное учреждение

*«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»*

г. Минск, Республика Беларусь

**АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ И ДЕГЕНЕРАТИВНОМ
СТЕНОЗЕ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА**

Введение

Нарушение функций тазовых органов (НФТО) – одно из частых и тяжелых осложнений закрытых повреждений спинного мозга (СМ) и дегенеративного стеноза позвоночного канала (СПК) на уровне грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Высокий процент инвалидизации пациентов с СПК и позвоночно-спинно-мозговой травмой (ПСМТ) в активном трудоспособном возрасте, обусловленный сочетанием неврологических проявлений и НФТО (57,5 – 96%), определяет данную патологию, как медико-социальную проблему [1]. Необходимость контроля за мочеиспусканием, дефекацией, пользование мочеиспускником исключают физическое напряжение, постоянное пребывание на рабочем месте, осложняют нахождение в коллективе, ограничивают трудовой процесс в обычных производственных условиях [2]. При проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ) и мероприятий медицинской реабилитации (МР) у данной категории пациентов необходимо объективно и точно оценить степень выраженности нарушений, ограничений жизнедеятельности с использованием функциональной классификации нейрогенной дисфункции мочеиспускания (Н. Madersbache, 1980), универсальных и специфических шкал и тестов для количественной оценки функций (SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM); индекс активности повседневной жизни Бартел (BARTEL ADL INDEX); «Мера функциональной независимости» (FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE), индекс мобильности Ривермид и пр.) [3, 4].

Цель

Целью исследования явилась оценка факторов риска инвалидизации, разработка на этой основе алгоритма диагностики наличия и выраженности НФТО у пациентов с посттравматическим и дегенеративным СПК на уровне грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника в зависимости от стадии патологического процесса для целей МСЭ и оценки эффективности мероприятий МР с позиций «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)» [5].