

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Введение

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – хроническое заболевание печени метаболического генеза у лиц с отсутствием экзогенных факторов токсического поражения печени (например, этанол), которое обусловлено накоплением липидов в клетках печени (гепатоцитах).

НАЖБП является актуальной проблемой в современной гастроэнтерологии. В первую очередь это определяется частотой встречаемости данного заболевания. Общая распространенность НАЖБП в Азии составляет примерно 30%, в Европе – 30,9%, в Северной Америке – 35,3% (в США распространенность была зарегистрирована на уровне 47,8%), в Южной Америке – 35,7%, в Африке – 13,5% [1].

Среди факторов, влияющих на развитие НАЖБП, выделяют несбалансированное питание, богатое углеводами и насыщенными жирными кислотами, а также низкую физическую активность, ведущую к набору массы тела [2].

НАЖБП в большинстве случаев протекает бессимптомно и, как правило, именно патология желчного пузыря ухудшает качество жизни и вызывает субъективные жалобы, с которыми пациенты обращаются к врачу [3]. Среди патологий желчного пузыря (ЖП) у пациентов с НАЖБП наиболее часто встречаются перегибы желчного пузыря, желчекаменная болезнь (ЖКБ) и полипы желчного пузыря.

Как НАЖБП, так и ЖКБ тесно связаны с такими сопутствующими заболеваниями, как ожирение, дислипидемия, нарушение углеводного обмена. Также и НАЖБП, и ЖКБ сопряжены с повышенной кардиоваскулярной заболеваемостью и смертностью [4].

Цель

Изучить особенности клинического течения неалкогольной жировой болезни печени у пациентов с патологией желчного пузыря. Провести сравнительный анализ клинического течения НАЖБП у пациентов с патологией желчного пузыря и без нее.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 94 пациентов – 53 (56,4%) женщины и 41 (43,6%) мужчины; медиана возраста для мужчин составила 51 [30; 69] года, для женщин 61 [30; 79]. Возраст обследуемых составил от 30 до 79 лет. Были изучены жалобы, наличие патологий желчного пузыря, основные антропометрические показатели.

Для создания первичной базы данных для анализа использовался редактор электронных таблиц Microsoft Excel, версия 16.16.4 (181110) (Microsoft Office, Microsoft Corporation 2016). Полученные в ходе исследования результаты анализировались при помощи программы STATISTICA 10.0. Для сравнения долей в независимых группах использовался двухсторонний критерий Фишера (при n менее 10 использовалась поправка Йетса).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди обследуемых патология желчного пузыря определилась у 45 (47,9%) пациентов. Перегибы желчного пузыря встречались у 14 (14,9%) человек. Полипы желчного пузыря наблюдались у 8 человек (8,51%) пациентов. Желчекаменная болезнь определена у 4 (4,3%) человек, также у 12 (12,8%) пациентов была проведена холецистэктомии. Кроме того, у 7 (7,4%) исследуемых отмечались перетяжки желчного пузыря, постхолецистэктомический синдром, билиарный сладж, холестероз, холецистит.

По результатам расспроса 23 (24,5%) человека не имели жалоб, из них 18 (78,3%) пациентов с НАЖБП были без патологии желчного пузыря. Боли в области печени и/или дискомфорт наблюдались у 19 (38,8%) пациентов с НАЖБП без патологии желчного пузыря, тогда как у пациентов с заболеванием ЖП они встречались у 27 (60,0%) исследуемых. При анализе жалоб диспепсического характера, таких как горечь во рту, снижение аппетита, тошнота и рвота, у пациентов без патологии ЖП встречались у 18 (36,7%) человек, при наличии заболеваний желчного пузыря – у 31 (68,9%) пациента, что показало статистически значимые отличия ($p=0,0456$). Нарушения стула (запоры, поносы и/или осветление кала) наблюдались у 25 (46,9%) исследуемых без патологии ЖП и у 28 (57,8%) человек с патологией желчного пузыря. Также у 4 (8,2%) пациентов без патологии ЖП и у 15 (33,3%) исследуемых с патологией ЖП наблюдался кожный зуд, что также показало статистически значимую разницу ($p=0,0137$).

Таблица 1 – Сравнительная характеристика клинического течения НАЖБП у пациентов с патологией ЖП и без нее

Признак	Пациенты без патологии ЖП	Пациенты с патологией ЖП
Боли в области печени	19 (38,8%)	27 (60,0%)
Диспепсические расстройства	18 (36,7%)	31 (68,9%)
Горечь во рту	16 (88,9%)	23 (74,2%)
Снижение аппетита	9 (50,0%)	12 (38,7%)
Тошнота, рвота	13 (72,2%)	20 (64,5%)
Нарушения стула	25 (51,0%)	28 (62,2%)
Поносы	23 (92,0%)	25 (89,3%)
Осветление кала	10 (40,0%)	15 (53,6%)
Кожный зуд	4 (8,2%)	15 (33,3%)

Выводы

1. По результатам исследований было установлено, что в исследуемой группе пациентов наиболее часто встречались перегибы ЖП (14,9%).

2. По данным расспроса болевой синдром и/или дискомфорт, встречались чаще у пациентов с НАЖБП с патологией желчного пузыря 27 (60%) и 19 (38,8%) человек соответственно.

3. Жалобы диспепсического характера статистически значимо чаще встречались у пациентов с НАЖБП, имеющих патологию желчного пузыря ($p=0,0456$), кожный зуд как проявление холестаза статистически значимо чаще встречался у пациентов с патологией желчного пузыря ($p=0,0137$), что может влиять на качество жизни и должно учитываться при обследовании пациентов, постановке диагноза и назначении лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global incidence and prevalence of nonalcoholic fatty liver disease / M.L.T. Teng, C.H. Ng, D.Q. Huang [et al.] // Clin Mol Hepatol. – 2023. – Vol. 29, Suppl. – P. 32–42.
2. Insulin Resistance Is Central to Long-Term Reversal of Histologic Nonalcoholic Steatohepatitis After Metabolic Surgery / M. F. Russo, E. Lembo, A. Mari [et al.] // Clin Endocrinol Metab. – 2021. – Vol. 106, № 3. – P. 750–761.

3. Мехтиев, С. Н. Функциональные расстройства желчного пузыря и неалкогольная жировая болезнь печени: клинические особенности и новые подходы к терапии / С. Н. Мехтиев, О. А. Мехтиева, З. М. Ибрагимова // Медицинский Совет. – 2020. – № 15. – С. 54–64.

4. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones // J Hepatol. – 2016. – Vol. 65. – P. 146–181.

УДК 616.1:159.942

Е. В. Строгонова, А. А. Былицкая

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры Я. М. Павленко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**ПСИХОСОМАТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:
ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА СЕРДЕЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ – ИССЛЕДОВАНИЕ
ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ
И СОСТОЯНИЕМ СЕРДЦА**

Введение

Психосоматика как область медицинских и психологических исследований изучает влияние психоэмоциональных факторов на физическое здоровье человека. Одной из наиболее актуальных тем в этой области является взаимосвязь между психоэмоциональным состоянием и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующие позиции среди причин смертности в мире, что подчеркивает необходимость глубокого понимания факторов, способствующих их развитию.

Современные исследования показывают, что стресс, тревога и депрессия оказывают значительное влияние на сердечную деятельность. Хронический стресс может приводить к повышению артериального давления, изменению частоты сердечных сокращений и другим негативным изменениям в работе сердечно-сосудистой системы. Психоэмоциональное состояние человека не только влияет на его общее самочувствие, но и может служить триггером для развития различных заболеваний сердца.

Цель

Проанализировать взаимосвязь между психоэмоциональным состоянием и состоянием сердечно-сосудистой системы, с акцентом на влияние стресса и эмоциональных факторов на течение сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы исследования

Сбор анамнеза (анкета собственной разработки), русифицированная и адаптированная версия PSM-25 для оценки влияния стресса.

Результаты исследования и их обсуждения

Согласно представленным данным, в рамках данного медицинского исследования была сформирована выборка из 40 пациентов-участников. Из этих испытуемых 20 человек перенесли инфаркт миокарда в анамнезе (10 женщин и 10 мужчин), 20 пациентов страдают артериальной гипертензией (10 женщин и 10 мужчин), которые на момент опроса проходили лечение в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1». На основе аналитических данных собранных ответов была сформирована соответствующая статистическая модель.

У людей, перенесших инфаркт миокарда, стресс может:

1. Увеличивать вероятность повторного инфаркта: хронический стресс может способствовать ухудшению состояния сердечно-сосудистой системы, увеличивая риск повторных сердечно-сосудистых событий.