

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ВИРУС-АССОЦИИРОВАННЫХ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ВЫРАЖЕННОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Бенедесюк Н. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *В. М. Мицура*

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

Введение

Циррозы печени (ЦП) занимают значительное место в патологии человека, оставаясь крайне актуальной проблемой здравоохранения всех стран мира. Наиболее частой причиной развития цирроза печени являются вирус гепатита В (HBV) и вирус гепатита С (HCV) [1]. Тяжесть цирроза печени определяется выраженностью синдрома портальной гипертензии (асцит, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, спленомегалия, гастропатия) и синдрома печеночно-клеточной недостаточности (желтуха, кровоточивость, печеночная энцефалопатия, кожные изменения), при этом обычно присутствуют лабораторные признаки синдромов цитолиза и холестаза [2].

С применением клинических и лабораторных показателей связаны различные системы оценки тяжести поражений печени (Шкала Чайлд — Пью, шкала MELD (Model of End-Stage Liver Disease)). Шкала Чайлд — Пью на основании 5 параметров (асцит, энцефалопатия, билирубин, альбумин, протромбин) позволяет определить прогностический класс цирроза печени. Класс тяжести А соответствует наличию компенсированного цирроза печени. Предполагаемая годовая и двухлетняя выживаемость пациентов составляет 100 и 85 % соответственно. Класс тяжести В говорит о наличии субкомпенсированного цирроза печени, при котором годовая и двухлетняя выживаемость составляет 80 и 50 % соответственно. Выживаемость пациентов с декомпенсированным циррозом печени (класс тяжести С) в течение года составляет 45 % [2, 3]. Шкала MELD (Model for End-Stage Liver Disease) с помощью 3 параметров (МНО, билирубин и креатинин) позволяет оценить тяжесть ЦП и показания к трансплантации печени. Неблагоприятный прогноз при ЦП ассоциирован со значением MELD > 18 [4].

Таким образом, лабораторные параметры широко используются для определения тяжести и прогноза ЦП, однако среди их большого количества необходимо определить те, которые можно применять именно при вирус-ассоциированных ЦП при отсутствии тяжелой декомпенсации.

Цель

Определить лабораторные показатели, отражающие степень тяжести вирус-ассоциированных ЦП при отсутствии выраженной декомпенсации.

Материал и методы исследования

Обследовано 67 пациентов с вирус-ассоциированными ЦП, находившихся на лечении в Гомельской областной инфекционной клинической больнице в 2017 г. Среди них 46 (68,7 %) мужчин и 21 (31,3 %) женщина, возраст пациентов находится в интервале от 35 до 83 лет, средний возраст 52,4 года. Тяжесть заболевания по шкале Чайлд — Пью: 27 (40,3 %) пациентов имеют класс А, 23 (34,3 %) пациента с классом тяжести В и 17 (25,4 %) пациентов с декомпенсированным ЦП (класс С). У всех пациентов значения MELD не превышали 18 баллов (8; 7–10). Учитывались параметры биохимического анализа крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза (ЩФ), γ -ГТП, холестерин, альбумин, креатинин), а также уровень протромбина (протромбиновый индекс, ПТИ и международное нормализованное отношение, МНО). Количественные показатели представлены как медиана (Me) и интерквартильный размах (25–75 %), для сравнения данных в двух независимых группах применялся тест Манна — Уитни, статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica» 6.0. При сравнении показателей в двух группах статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($P < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализированы данные лабораторных показателей в зависимости от степени тяжести цирроза печени по шкале Чайлд — Пью. Для этого пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа —

27 пациентов с классом тяжести А, 2-я группа — 40 пациентов с классами тяжести В и С. Возраст пациентов в 1-й группе (46; 42–58 лет) и 2 группе (51,5; 45,5–63 года) статистически не различался ($p > 0,05$). Результаты сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Значения лабораторных показателей у пациентов 1 и 2 групп

Показатель	1-я группа (n = 27)	2-я группа (n = 40)	P
	Me; 25–75 %	Me; 25–75 %	
Общ. билирубин, мкмоль/л	23; 14,6–29,8	30,1; 22,6–51,4	0,010
АСТ, Е/л	102,9; 64,8–178,1	82; 53,2–128,4	0,167
АЛТ, Е/л	96,8; 54,9–151,4	50,5; 32,3–80,25	0,001
Щелочная фосфатаза, Е/л	253,1; 182,5–323,4	291,2; 224–407	0,043
γ -ГТП, Е/л	136,9; 59,3–262,9	61,1; 29,7–108,7	0,017
Холестерин, ммоль/л	4,3; 3,5–4,7	3,3; 2,6–4,05	0,016
Альбумин, г/л	37,9; 33,9–41,1	30; 26,4–34,8	0,00013
Креатинин, мкмоль/л	72,6; 61,7–85,9	77,7; 64–100,1	0,268
ПТИ	0,82; 0,78–0,86	0,78; 0,71–0,83	0,026
МНО	1,3; 1,21–1,40	1,4; 1,29–1,57	0,034

С нарастанием тяжести ЦП снижаются показатели, характеризующие синдром цитолиза (у пациентов 2-й группы активность ферментов АСТ, АЛТ и γ -ГТП ниже, чем у пациентов из 1-й группы). Однако, данный синдром весьма вариабелен при хронических вирусных гепатитах и ЦП. Показатели синдрома холестаза, напротив, повышаются (общий билирубин и щелочная фосфатаза у пациентов 2-й группы выше, чем у пациентов 1-й группы). О степени нарушения синтетической функции печени можно судить по следующим показателям: альбумин, ПТИ, холестерин. Данные показатели у пациентов 2-й группы снижаются по сравнению с пациентами 1-й группы. Уровень креатинина в двух исследуемых группах статистически значимо не различается.

Выводы

1. Из числа традиционно применяемых лабораторных параметров, у пациентов с вирус-ассоциированными ЦП при отсутствии выраженной декомпенсации, степень тяжести отражают: общий билирубин, АЛТ, щелочная фосфатаза, γ -ГТП, холестерин, альбумин, ПТИ и МНО.

2. О нарастании тяжести свидетельствуют лабораторные признаки холестаза (повышение общего билирубина, ЩФ), печеночно-клеточной недостаточности (снижение альбумина, ПТИ и рост МНО), а также снижение уровней холестерина.

3. Значения креатинина не отражают тяжесть вирус-ассоциированных ЦП при отсутствии выраженной декомпенсации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силивончик, Н. Н. Болезни печени в таблицах / Н. Н. Силивончик. — Минск: Ковчег, 2009. — 234 с.
2. Малаева, Е. Г. Оценка тяжести и прогноза заболевания у пациентов с циррозом печени / Е. Г. Малаева // Лечебное дело. — 2012. — № 4 (26). — С. 80–85.
3. Прогностическая модель неинвазивной диагностики фиброза печени у больных хроническими вирусными гепатитами / А. А. Останин [и др.] // Медицинская иммунология. — 2008. — Т. 10, № 4–5. — С. 407–409.
4. Шептулина, А. Ф. Неинвазивная диагностика фиброза печени: роль сывороточных маркеров / А. Ф. Шептулина, Е. Н. Широкова, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерол. — 2015. — № 2. — С. 16–21.

УДК-616-002.5-022.7-053.2

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА И РЕЗУЛЬТАТЫ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ

Виноградова А. Г.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Н. Ю. Крутикова

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Смоленский государственный медицинский университет»
г. Смоленск, Российская Федерация**

Введение

В 2017 г. исполняется 96 лет вакцине БЦЖ, которая до настоящего времени остается «золотым стандартом» противотуберкулезной вакцины [6]. По рекомендациям ВОЗ, вакцинацию выполняют в первые дни жизни ребенка. Иммунизация БЦЖ снижает смертность от