



Рисунок 1 — Профиль качества жизни у пациентов с СД 2 типа в зависимости от наличия ДП

Как видно из данного рисунка 1, пациенты с СД 2 типа и ДП показывают еще более низкий профиль КЖ, чем пациенты с СД 2 типа без ДП (данные профиля КЖ у этой категории пациентов в данной статье не приводятся).

Выводы

Пациенты с СД 2 типа характеризуются более низким уровнем КЖ, чем пациенты без СД. Так, физический и психический компоненты здоровья были значительно снижены, составив, в среднем, $54,74 \pm 19,86$ и $51,33 \pm 12,86$ балла соответственно, в то время как в контрольной группе физический и психический компонент здоровья были в 1,5 раза выше, составив в среднем $81,16 \pm 10,17$ и $65,80 \pm 19,75$ балла соответственно ($p < 0,05$). При этом выраженное снижение КЖ у пациентов с СД 2 типа усугублялось наличием диабетической полинейропатии и приводило к снижению физического и психического компонентов, составляющих качество жизни, почти вдвое ($54,74 \pm 19,86$ и $51,33 \pm 12,86$ против $81,16 \pm 10,17$ и $65,80 \pm 19,75$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет 2-го типа и депрессия / А. Я. Кравченко [и др.] // Клиническая медицина. — 2016. — № 94 (2). — С. 97–101.
2. SF-36 Health Survey / J. E. Ware [et al.] // Manual and Interpretation Guide, Lincoln, RI. Quality Metric Incorporated. — 2000. — P. 150.

УДК 616.36-004.4

АЛКОГОЛЬНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Неброва А. С., Савицкая К. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент *Н. Ф. Бакалец*;
ассистент *Н. Н. Багинская*

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

Введение

Алкогольный цирроз печени (АЦП) является распространенной формой хронического поражения печени, занимая второе место после неалкогольной жировой болезни печени, отличается высоким процентом летальных исходов и требует серьезных экономических вложений на реабилитацию пациентов. Медико-социальная актуальность данного заболевания обусловлена исторически сложившейся культурой потребления алкоголя населением Республики Беларусь и отсутствием действенных мер антиалкогольной политики. Течение АЦП характеризуется клинико-лабораторным разнообразием и различной тяжестью, которые определяют лечебную тактику и исход заболевания. Основопологающим в лечении является абсолютное воздержание от потребления алкоголя.

Цель

Провести анализ клинико-лабораторных синдромов и осложнений алкогольных циррозов печени.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы данные 30 медицинских карт пациентов с декомпенсированным токсико-алиментарным циррозом печени класса тяжести (КТ) «В», «С» по Чайльд-Пью, проходивших в 2019 г. лечение в терапевтическом, токсикологическом отделениях ГУЗ «Гомельская городская киническая больница скорой медицинской помощи». Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были городскими жителями, в 7 случаях одиноко проживающими, в 80 % случаев — безработными. Средний возраст пациентов составлял $45 \pm 8,1$ года, из них мужчин — 20 (67 %), женщин — 10 (33 %). Ориентировочная продолжительность заболевания у 8 пациентов составляла 5 лет, у 12 пациентов — 3 года, у 10 пациентов — 1 год. Диагноз цирроза печени устанавливался с учетом традиционных клинических, лабораторно-инструментальных данных в соответствии с протоколом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 54 от 1 июня 2017 г. «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения». Алкогольная этиология цирроза печени подразумевалась на основании анамнестической информации о регулярном употреблении алкоголя.

Жалобы пациентов были представлены в 100 % случаев рамками астенического (слабость, повышенная утомляемость) и диспепсического (горечь во рту, снижение аппетита и тошнота, дискомфорт в эпигастрии и правом подреберье) синдромов, увеличением живота в размере (90 %), желтушным окрашиванием кожи и слизистых (100 %), нарушением сна (60 %). У некоторых пациентов были отмечены признаки систематического употребления алкоголя: «*facies alcoholica*» (33 %), гинекомастия (10 %), атрофия мышц плечевого пояса (10 %). В качестве сопутствующих заболеваний указывались: хронический панкреатит (83 %), ЖКБ (10 %), хронический пиелонефрит (10 %), артериальная гипертензия (20 %), варикозная болезнь нижних конечностей (20 %).

Анализ лабораторных синдромов продемонстрировал их следующую частоту встречаемости (в %) у пациентов с ЦП КТ «В», «С» по Чайльд-Пью (таблица 1).

Таблица 1 — Лабораторные синдромы у пациентов ЦП КТ «В», «С»

Лабораторный синдром	ЦП КТ «В» (50 %)	ЦП КТ «С» (50 %)
1. Цитолиз	60	10
2. Холестаз	80	90
3. Печеночно-клеточная недостаточность (ПКН)	50	90
4. Мезенхимально-воспалительный	40	10
5. Анемия, тромбоцитопения	100	100

Доминирующими проявлениями декомпенсации портальной гипертензии выступали асцит (2 степени у 90 % всех пациентов, напряженный асцит — у 10 % пациентов (КТ «С»)) и варикозное расширение вен пищевода (1 степени — 3 %, 2 степени — 53 % пациентов, 3 степени — 44 %). Порто-системная энцефалопатия 1 степени была диагностирована у 20 % пациентов, 2 степени — у 70 %, 3 степени — у 10 % пациентов. Развитие гепаторенального синдрома наблюдалось у 20 % пациентов.

Выводы

Согласно данным проведенного анализа клиническое течение АЦП КТ «В», «С» пролеченных пациентов было представлено астеническим, диспепсическим, желтуш-

ным и асцитическим синдромами. Доминирующими лабораторными паттернами выступали синдром анемии, тромбоцитопении (у 100 % пациентов), холестаза и ПЖН (у 90 % пациентов КТ «С»), синдром холестаза у 80 % пациентов КТ «В»). У 10 % пациентов ввиду наличия напряженного асцита (КТ «С») выполнялся лечебный лапароцентез, в 90 % случаях (КТ «С») проводилась заместительная гемотрансфузия. Все пациенты имели анамнестические указания на употребление алкоголя, что диктует необходимость раннего амбулаторного скрининга расстройств употребления алкоголя (опросники CAGE, AUDIT) с последующим проведением превентивных терапевтических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения (утвержден постановлением Министерства Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 54.) — С. 62–67.

УДК 616.611-052-053:547.495.9

ДИАГНОСТИКА СКРЫТОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С УСЛОВНО НОРМАЛЬНЫМ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ КРЕАТИНИНА

Нечаева Е. С.

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Щербахин

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

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения каждый год от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирает 17,5 млн человек, в Республике Беларусь (РБ) в 2018 году значение составило 718 человек на каждые 100 тыс. населения. Одной из основных причин развития этих заболеваний является дисфункция почек. Согласно международной классификации болезней (МКБ-10) почечная дисфункция представлена термином «хроническая болезнь почек» (ХБП). В РБ ХБП регистрируется у 16 % лиц старше 60 лет. Старческий возраст является одной из основных причин развития как сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так и ХБП. По данным многочисленных исследований даже незначительное снижение функции почек приводит к развитию болезни органов кровообращения, а затем и к смерти [1].

Цель

Анализ уровня креатинина плазмы крови у пациентов разных возрастных групп с целью определения критериев снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы исследования

Для проведения исследования набран группа пациентов из 100 человек разных возрастных групп, с наличием сопутствующих заболеваний с целью определением среднего значения СКФ (СКФ_{ср}), таблица 1.

В ходе анализа результатов выявлено преобладание пациентов мужского пола в исследовании.

В качестве методов исследования были использованы — определение индекса массы тела (ИМТ) по методу бельгийского социолога и статиста А. Кетле (1869), для расчета СКФ использовался калькулятор СКД EPI [3]. Обработка полученных данных производилась в программе «Microsoft Excel 2011». Для оценки силы связи между СКФ и возрастом пациентов проведен корреляционный анализ с расчетом парных коэффи-