

контрольной группы составила 0,33 [0,31–0,35]; соответственно. У пациентов с циррозом печени величина интервала QT достоверно больше, чем в контрольной группе по всем вышеизложенным формулам ( $p < 0,01$ ).

Таблица 1 — Сравнительный анализ показателей в двух группах

Показатель	Цирроз печени, медиана [25–75 %]	Контрольная группа, медиана [25–75 %]	Z; p
QT	0,4 [0,36–0,44]	0,32 [0,32–0,34]	2,99; 0,002
R-R	0,88 [0,76–0,96]	0,96 [0,9–1,04]	–1,40; 0,16
QTc	0,44 [0,38–0,49]	0,33 [0,31–0,35]	2,99; 0,003

Среди ортостатических реакций наблюдается снижение систолического АД в среднем на 8 мм рт. ст. и диастолического артериального давления в среднем на 7 мм рт. ст. АД систолическое стоя статистически значимо меньше, чем АД систолическое лежа ( $p = 0,041$ ; таблица 2), АД диастолическое стоя ниже, чем лежа ( $p = 0,024$ ).

Таблица 2 — Сравнительный анализ показателей систолического и диастолического давления стоя и лежа

САД	Среднее значение; Ме [25–75 %]	ДАД	Среднее значение; Ме [25–75 %]
САД стоя, мм рт. ст.	117,9 120 [100–130]	ДАД стоя, мм рт. ст.	78,1 80 [61,25–90]
САД лежа, мм рт. ст.	125,5 120 [120–139,5]	ДАД лежа, мм рт. ст.	84,8 90 [70–96]
p	0,041	p	0,024

### Выводы

1. У 44 % с циррозом печени выявлено значимое удлинение скорректированного интервала QT, по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,01$ ). Установлены корреляции интервала QT с уровнем, асцита, эритроцитов, гемоглобина, СОЭ, лимфоцитов, билирубина общего, билирубина прямого, калия, приемом алкоголя в анамнезе. ( $p < 0,05$ ).

2. У пациентов с циррозом печени наблюдаются функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, проявляющиеся в снижении систолического ( $p = 0,041$ ) и диастолического ( $p = 0,024$ ) давления.

УДК 616.36-004-071/074

## АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Кадол Е. П.*

Научные руководители: к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*, ассистент *И. Л. Мамченко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Цирроз печени — хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся функциональной недостаточностью печени и портальной гипертензией. Клинические проявления цирроза печени (ЦП) чрезвычайно многообразны. В течение многих лет и даже десятилетий может оставаться абсолютно бессимптомным и впервые проявляться

осложнениями, например, кровотечениями из варикозных вен пищевода. Примерно у 20 % пациентов диагноз ЦП первично устанавливается посмертно на аутопсии. Диагноз устанавливается на основании данных клинического обследования, результатов лабораторных анализов и инструментальных методов обследования [1, 2, 3].

#### **Цель**

Анализ клинико-лабораторных изменений у пациентов с ЦП.

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

В ходе работы был проведен анализ 30 историй болезни пациентов с ЦП, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Гомельской городской клинической больницы № 3 г. Гомель в 2019–2020 гг. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 10.0 и «MEDCALC Software».

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

Комплексный анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных является обязательным критерием алгоритма ведения пациентов с заболеваниями печени. Был проведен анализ клинико-лабораторных данных, в ходе которого все пациенты были разделены на классы в соответствии с классификацией Чайлд-Пью.

Класс тяжести А наблюдался у 9 (30 %) пациентов. Класс тяжести В был у 13 (43 %) пациентов, класс С — 8 (27 %) человек.

Биохимический анализ крови исследуемых пациентов характеризовался наличием цитолитического синдрома, синдрома холестаза и синдрома печеночно-клеточной недостаточности. Уровень аланинаминотрансферазы (АлАТ) в первой группе был в пределах нормы, среднее значение  $38,1 \pm 26,9$ . Пациенты второй группы имели показатели  $64,8 \pm 50,2$ . У пациентов класса тяжести С средние значения АлАТ составили  $74,8 \pm 62,2$ .

Уровень аспартатаминотрансферазы (АсАТ) в первой группе был в пределах нормы, средние значения составили  $42,2 \pm 17,8$ . Показатели у пациентов второй и третьей группы составляли  $81,6 \pm 75,4$  и  $115,8 \pm 58,2$  соответственно.

При оценке уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) пациенты с классом тяжести А имели средние значения  $235,1 \pm 33,9$ . Во второй исследуемой группе средние значения составили  $340,3 \pm 83,7$ , третьей —  $403,5 \pm 71,5$ .

Уровень общего билирубина у пациентов с классом тяжести А составил  $29,8 \pm 16,2$ . Средние значения во второй группе составили  $62,1 \pm 87,9$ . У пациентов с классом тяжести С —  $211 \pm 48$ . Средние значения альбумина среди исследуемых групп составили  $38,8 \pm 9,2$  и  $34,6 \pm 7,4$  в первой и второй группах соответственно, в третьей группе уровень составил  $33,7 \pm 8,3$ . Изменение показателей свидетельствует о развитии цитолиза у исследуемых пациентов.

У пациентов первой группы уровень ПТИ составил  $0,72 \pm 0,2$ , что находится в пределах нормы. Средние значения  $0,62 \pm 0,2$  наблюдались у пациентов с классом тяжести В. У пациентов третьей группы уровень ПТИ составил  $0,61 \pm 0,22$ , что может свидетельствовать о некрозе печеночной ткани. Средний уровень ГГТП у пациентов первой группы составил  $91,2 \pm 38$ ; второй и третьей группе  $157,6 \pm 83$  и  $403,6 \pm 64$  соответственно. Повышение данных показателей свидетельствует о наличии синдрома холестаза у пациентов исследуемых групп (таблица 1).

При анализе клинической картины пациентов, страдающих ЦП, у всей группы обследуемых — 30 (100 %) пациентов отмечалась боль ноющего характера в правом подреберье, горечь и сухость во рту, а также снижение аппетита и слабость. У 21 (70 %) пациентов отмечалась пальмарная эритема и сосудистые звездочки. У 6 (20 %) пациентов наблюдались признаки портальной гипертензии — асцит, «голова медузы» на передней брюшной стенке. У 18 (60 %) пациентов наблюдалась желтушность склер и кожных покровов.

Таблица 1 — Особенности результатов биохимического исследования у пациентов с ЦП

Биохимические показатели	Класс А	Класс В	Класс С
АлАТ, ед/л	38,1 ± 26,9	64,8 ± 50,2	74,8 ± 62,2
АсАТ, ед/л	42,2 ± 17,8	81,6 ± 75,4	115,8 ± 58,2
Щелочная фосфатаза, ед/л	235,1 ± 33,9	340,3 ± 83,7	403,5 ± 71,5
Общий билирубин, мкмоль/л	29,8 ± 16,2	62,1 ± 87,9	211 ± 48
Альбумин, г/л	38,8 ± 9,2	34,6 ± 7,4	33,7 ± 8,3
Протромбиновый индекс	0,72 ± 0,2	0,62 ± 0,2	0,61 ± 0,22
Гамма-глутамилтрансфераза, ед/л	91,2 ± 38	157,6 ± 83	403,6 ± 66

При анализе ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости было отмечено, что неоднородная эхоструктура печени, а также сужение и извитой ход печеночных вен наблюдались в 100 % случаев (30 пациентов).

#### **Выводы**

У пациентов с ЦП наблюдаются синдромы цитолиза, холестаза и печеночно-клеточной недостаточности. При этом степень выраженности нарушений коррелирует с классом тяжести по Чайлд-Пью. Об этом свидетельствуют повышение уровней биохимических показателей от субнормальных величин (в группе пациентов с классом А) до значительных отклонений от нормы. По данным клинической картины все пациенты имели боль в правом подреберье, сухость и горечь во рту. У 21 (70 %) пациента отмечались пальмарная эритема и сосудистые звездочки, у 18 (60 %) пациентов — желтушность склер и кожных покровов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Малаева, Е. Г. Гастроэнтерология: учеб. пособие / Е. Г. Малаева. — Минск: Новое знание, 2016. — С. 248–250.
2. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие / Е. Г. Малаева [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — С. 50–52.

УДК 616.13-004.6-074:546.41

### **КОРОНАРНЫЙ КАЛЬЦИЙ В КАЧЕСТВЕ ИНДИКАТОРНОГО МЕТОДА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ**

*Касабуцкий В. В., Ланицкий Н. А.*

**Научный руководитель: старший преподаватель А. Н. Ковальчук**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В настоящее время в большинстве развитых стран мира сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности населения. Раннее выявление поражения коронарных сосудов до появления клиники является ведущим направлением превентивной клинической медицины. Люди, страдающие атеросклерозом, подвержены высокому риску развития острого коронарного синдрома, ишемической кардиомиопатии, артериальной гипертензии, острого и хронического нарушения мозгового кровообращения, облитерирующего поражения артерий других локализаций, нуждаются в раннем выявлении с оказанием помощи до развития тяжелых, ухудшающих трудоспособность и качество жизни, клинических проявлений.

#### **Цель**

Установить возможность корреляции между коронарным индексом и степенью распространения атеросклеротического процесса в организме.