

УДК 616.36-004-06

**АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Косачева К. С.

Научный руководитель: преподаватель *Е. В. Тимошкова*

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

Введение

Цирроз печени характеризуется диффузным фиброзом (в виде тонких прослоек или широких полей) и деформацией органа, нарушением долькового строения, образованием узлов-регенератов (ложных долек), дистрофией и некрозом гепатоцитов, воспалительной инфильтрацией паренхимы и стромы [1]. Цирроз является осложнением многих заболеваний печени, характеризующихся ее аномальным строением и функцией. Травмируя и убивая клетки печени, они приводят к нарушению их восстановления, вызывают воспалительные реакции, исход которых — образование рубцовой ткани [2].

Ключевые патогенетические процессы при циррозе печени — гибель гепатоцитов, накопление ВКМ и ремоделирование сосудов. Основным механизмом развития фиброза — пролиферация звездчатых клеток печени и превращение их в клетки, активно синтезирующие компоненты соединительной ткани. Факторами, активно синтезирующими звездчатые клетки, являются: (1) хроническое воспаление, сопровождающееся выработкой воспалительных цитокинов; (2) цитокины и хемокины, выделяемые клетками Купфера, эндотелиоцитами, гепатоцитами и эпителиоцитами желчных протоков; (3) повреждение ВКМ; (4) прямая стимуляция звездчатых клеток токсинами. По мере усиления повреждения печени и прогрессирования фиброза функционирующие гепатоциты начинают регенерировать и пролиферировать в виде узлов сферической формы, окруженных фиброзными септами. В итоге в печени образуются многочисленные ложные дольки и выраженный фиброз, которые приводят к значительному снижению кровоснабжения гепатоцитов и нарушению экскреторной функции [3].

Цель

Проанализировать осложнения и сопутствующие патологии по данным историй болезни пациентов с циррозом печени.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни пациентов с циррозом печени. Всего обработано 30 протоколов на базе отделения гепатологии ГУЗ «ГОСКБ» за 2017 и 2019 годы. Были рассмотрены такие параметры, как пол, возраст пациентов, сопутствующие заболевания, а также данные лабораторных исследований. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи Триал-версии «Statistica» 13.3 EN.

Проверку на нормальность распределения изучаемых признаков проводили с помощью теста Шапиро — Уилки (W). Данные приведены в виде Me (Q1; Q3), где Me — медиана, Q1; Q3 — верхний и нижний квартиль.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке историй болезни цирроз печени чаще обнаруживался у мужчин — 19 (63,3 %) пациентов, у женщин данная патология встречалась реже — 11 (36,6 %) пациенток. Средний возраст мужчин составил 58 (43; 64) лет, у женщин — 60 (57; 67) лет.

По этиологической классификации цирроза печени [4] получены следующие данные: вирус гепатита С — 8 (27 %) пациентов; криптогенный цирроз — 15 (50 %) пациентов, неалкогольный стеатогепатит — 4 (13 %) пациента и заболевания желчных путей — 3 (10 %) пациента.

Неалкогольный стеатогепатит морфологически проявляется жировой дистрофией печени. Среди этиологических факторов, приводящих к развитию жировой дистрофии первостепенное значение, принадлежит алкоголю, далее следует ожирение, сахарный диабет [5]. Осложнения [ожирения] включают сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, раковые болезни, холелитиаз, жировую дистрофию печени и цирроз, остеоартрит, психологические расстройства и преждевременную смерть [6]. СД II страдают 9 (30 %) больных. АГ наблюдается у 14 (47 %) пациентов, из них: I степени — у 2 (7 %) пациентов, II степени — у 10 (33 %) пациентов и III степени — у 2 (7 %) пациентов. ИБС выявлена у 8 (27 %) пациентов, из которых H1 у 5 (17 %) пациентов, а H2A — у 3 (10 %) пациентов.

Портальная гипертензия (ПГ) — постоянное повышение уровня давления в системе воротной вены более 13 мм рт. ст. и (или) повышение портального градиента давления (разница между давлением в портальной вене и нижней полой вене) более 7 мм рт. ст. Давление, превышающее 20 мм рт. ст., сопровождается развитием коллатералей. Клинически данный симптомокомплекс включает увеличение размеров селезенки, варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка с кровотечением из них, а также асцит [7].

У 26 (87 %) пациентов обнаружена тенденция к варикозному расширению вен пищевода (ВРВП): I степени — у 3 (10 %) пациентов, II степени — у 14 (47 %) пациентов и III степени — у 9 (30 %) пациентов. И лишь у 4 (13 %) пациентов ВРВП отсутствует.

Наиболее часто встречаемые осложнения: гастрит, гастропатия и ЖКБ. Гастрит отмечен у 3 (10 %) пациентов, гастропатия — у 5 (17 %) пациентов, а ЖКБ — у 6 (20 %) пациентов.

Из лабораторных исследований обратили внимание на следующие показатели: общий билирубин (ОБ), скорость оседания эритроцитов (СОЭ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ).

Показатель общего билирубина составил 20,3 (13,2; 30,8) мкмоль/л, в 44,4 % случаях выше нормы. АСТ — 76,75 (33,4; 132,4) Ед/л, в 69,2 % повышен. АЛТ — 50,25 (31,4; 121,1) Ед/л, в 65,4 % повышен. ГГТ — 83 (40; 348) Ед/л, в 69,6 % повышен. ЩФ — 213 (144; 342) Ед/л, в 40,7 % повышен. СОЭ у мужчин — 15 (8; 26) мм/ч, СОЭ у женщин — 26 (16; 28) мм/ч, в 73,1 % выше нормы.

Выводы

Таким образом, по данным анализа частота заболеваемости циррозом печени выше у мужчин, у женщин же встречается в более позднем возрасте. Чаще всего (50 % случаев) этиология не установлена. Из заболеваний, предрасполагающих к развитию цирроза, наибольшая частота встречаемости характерна для АГ (47 %), в частности АГ II степени (33 %). ВРВП имеет место в 87 % случаев, что говорит о высоких рисках развития данной сопутствующей патологии при циррозе. Самым частым осложнением оказалось ЖКБ (20 %), из чего заключаем, что у каждого пятого пациента возможно развитие ЖКБ (20 %). Показатели ферментов печени, таких как АСТ и АЛТ, более чем в 60% случаев повышены, что можно использовать в дифференциальной диагностике заболеваний печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, А. Е. Цирроз печени и портальная гипертензия / А. Е. Борисов, В. А. Кашенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 191 с.
2. Зайратьянц, О. В. Частная патологическая анатомия: руководство к практическим занятиям для стоматологических факультетов: учеб. пособие / под общ. ред. О. В. Зайратьянца, Л. Б. Тарасовой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 404 с.

3. *Ивашкин, В. Т.* Рациональная фармакотерапия в гепатологии / В. Т. Ивашкин; под общ. ред. А. О. Буеверова, В. Т. Ивашкина. — М.: Литтерра, 2009. — 296 с.
4. *Тулгаа, Л.* Жировой гепатоз — как один из актуальных вопросов гепатологии / Л. Тулгаа, Л. П. Игнатьева, Б. Цэрэндаш // Сибирский медицинский журнал. — 2005. — № 4. — С. 17–22 с.
5. *Чучалина, А. Г.* The Merck Manual. Руководство по медицине. Диагностика и лечение / А. Г. Чучалина; гл. ред. Марк Х. Бирс. — 2-е изд. — М.: Литтерра, 2011. — 3744 с.
6. *Джон П. Кунья* Цирроз / Джон П. Кунья; под ред. Джей В. Маркс — 2019. — URL: <https://www.medicinenet.com/cirrhosis/article.htm>. — Дата публикации 07.03.2019.
7. Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану / А. К. Аббас [и др.] / под ред. Е. А. Дубовой [и др.]. — М.: Логосфера, 2016. — Т. 2, Гл. 11–20. — 616 с.

УДК 796.88:[611.1+611.839]-057.875(476.6)

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ТЯЖЕЛОЙ АТЛЕТИКОЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМ У СТУДЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кравчук А. П., Гизмонт Е. Ю., Канторович А. Ю., Четырко Е. С.

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Лелевич

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия является одним из самых распространенных заболеваний в мире. Она часто служит одним из первых клинических проявлений метаболического синдрома, является фактором риска атеросклероза, коронарной болезни сердца [1,2]. Одним из факторов риска артериальной гипертензии могут стать постоянные занятия тяжелой атлетикой, так как при выполнении статических усилий изометрические сокращения мышц приводят к снижению ударного объема сердца и значительному повышению артериального давления благодаря увеличению общего периферического сосудистого сопротивления в результате повышения тонуса симпатической нервной системы [3]. В последнее время занятия тяжелой атлетикой получили широкое распространение среди молодежи, в том числе и среди студентов учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (ГрГМУ).

Цель

Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем у студентов ГрГМУ, занимающихся тяжелой атлетикой.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие студенты ГрГМУ: 12 человек, занимающихся тяжелой атлетикой (2–6 лет) и 16 добровольцев, посещающих занятия по физической культуре. Средний возраст студентов составил 20 ± 2 лет.

Для характеристики функционального состояния сердечно-сосудистой системы проводилась оценка типа реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку с помощью пробы Мартине-Кушелевского [4]. У испытуемого в положении сидя в состоянии относительного покоя производился подсчет пульса и измерение артериального давления (АД). Затем обследуемый, не снимая с плеча манжетки (тонометр отключался), вставал и выполнял 20 глубоких приседаний за 30 секунд и при каждом приседании поднимал обе руки вперед. После выполнения физической нагрузки обследуемый садился на свое место, у него определялись пульс и артериальное давление на 1, 2, 3 и 5-й минутах восстановительного периода.