

### **Выводы**

Психопатии представляют область между психической болезнью и здоровьем, т. е. являются пограничными состояниями. Для психопатов характерна неполноценность (недостаточность) эмоционально-волевой сферы и мышления, однако без исхода в слабоумие. При столкновении с психопатами создается впечатление незрелости, детскости из-за определенных дефектов психической сферы (частичного инфантилизма). Незрелость психики проявляется в повышенной внушаемости, склонности к преувеличениям и чрезмерным фантазиям при истерических формах; в эмоциональной неустойчивости — у аффективных (циклоидных) и возбудимых субъектов; в слабости воли — у неустойчивых; в незрелом, некритическом мышлении — у паранойяльных психопатов. Несмотря на то, что психопатические особенности характера неизменны сами по себе, они создают особо благоприятную почву для патологических реакций на психические травмы, на чрезмерно тяжелые условия жизни, на соматические заболевания.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кожина, Г. М. Детская психиатрия: учебник / Г. М. Кожина, В. Д. Мишиева. — К.: ВСИ «Медицина», 2012. — 416 с.
2. Антропов, Ю. Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов. — М., 1997. — 198 с.
3. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Поло. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 544 с.
4. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1000 с.

**УДК 616.632:616.36 - 004**

## **МОЧЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

**Калинина О. М.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Мочевой синдром является ведущим и сопутствует любой патологии мочевыделительной системы. Он может протекать латентно (исключая случаи макрогематурии и массивной лейкоцитурии) и обнаруживается только лабораторными методами. Несмотря на то, что диагноз заболеваний почек, как правило, устанавливается на основании данных дополнительных методов обследования, общеклиническое обследование пациента должно быть ведущим, т. к. его результаты определяют целесообразность применения того или иного вспомогательного метода [1]. Поражение почек (интерстициальный нефрит) возможно у пациентов с патологией печени после приема некоторых лекарственных препаратов, в частности, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (или блокаторов ангиотензиновых рецепторов) и нестероидных противовоспалительных средств, что вызывает падение артериального давления, снижая клубочковую фильтрацию. Патология мочевыделительной системы встречается и при таких заболеваниях, как сахарный диабет, артериальная гипертензия, системные заболевания соединительной ткани, миеломная болезнь, васкулиты, подагра и других.

Патология мочевыделительной системы ограничивает терапевтические возможности в лечении цирроза печени и его осложнений [2].

### **Цель**

Оценить распространенность и особенности проявления мочевого синдрома у пациентов с циррозом печени.

### **Материалы и методы исследования**

Обследовано 26 пациентов с установленным диагнозом цирроза печени, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГКБ № 3 в период с ноября

2014 по февраль 2015 гг. Из них мужчин — 17 (65,4 %), женщин — 9 (34,6 %). Средний возраст обследуемых составил  $60 \pm 3$  лет. Большинство пациентов имело вирусную этиологию заболевания — 10 человек (38,5 %). Алкогольный цирроз диагностирован в 9 случаях (34,6 %), криптогенный — в 8 (30,8 %).

Все пациенты в зависимости от наличия или отсутствия мочевого синдрома разделены на 2 группы; в соответствии с критериями Чайлда-Пью на 3 класса тяжести: А, В и С.

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

В результате обследования установлено, что пациентов класса А было 3 человека (11,5 %), класса В — 16 человек (61,5 %), класса С — 7 человек (26,9 %). Из них мочевой синдром выявлен у 10 человек (38,5 %) — преимущественно у пациентов класса тяжести С (в 4 случаях из 7 (57,1 %)), реже — у пациентов класса тяжести В (в 6 случаях из 16 (37,5 %)). У пациентов класса тяжести А не выявлено мочевого синдрома. Отличительной особенностью мочевого синдрома у пациентов с циррозом печени явилось то, что у них отсутствовали жалобы со стороны мочевыделительной системы и заболевания почек в анамнезе.

Особенности мочевого осадка:

1. Протеинурия встречалась в 8 случаях (30,8 %), при этом изолированная протеинурия наблюдалась только у 1 человек класса тяжести С (3,8 %).

2. Гематурия выявлена у 6 пациентов (23,1 %), при этом изолированная гематурия встречалась у 2 человек (7,7 %): у 1 — класса тяжести В (3,8 %) и у 1 — класса С (3,8 %).

3. Цилиндрурия (за счет зернистых цилиндров) наблюдалась у 1 человека класса тяжести С и встречалась в сочетании с протеинурией, лейкоцитурией и гематурией (3,8 %).

4. У 2 пациентов класса В (7,7 %) и 1 класса С (7,7 %) выявлено сочетание протеинурии с гематурией.

5. Протеинурия в сочетании с лейкоцитурией наблюдается у 3 пациентов класса тяжести В (11,5 %).

6. Изолированная лейкоцитурия у пациентов с мочевым синдромом не встречалась.

Несмотря на выявленные отклонения от нормы в мочевом осадке, изменения на УЗИ отмечены только у 2 пациентов.

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Особенности мочевого синдрома у пациентов с циррозом печени

Класс тяжести по Чайлду-Пью	n	Анамнез заболевания почек	Жалобы со стороны мочевыделительной системы	Мочевой синдром				Кол-во человек с мочевым синдромом	Патологические изменения почек на УЗИ
				протеинурия	микрогематурия	цилиндрурия	лейкоцитурия		
А	3	—	—	0	0	0	0	0	0
В	16	—	—	5	3	0	3	6	1
С	7	—	—	3	3	1	1	4	1
А, В, С	26	—	—	8	6	1	4	10	2

Рассчитана скорость клубочковой фильтрации по формуле Jelliffe:

- Для мужчин:  $\text{КлКр} = (98 - 0,8 * (\text{возраст} - 20)) / \text{КрПл}$ .
  - Для женщин:  $\text{КлКр} = ((98 - 0,8 * (\text{возраст} - 20)) / \text{КрПл}) * 0,90$ ,
- где КлКр — оценка клиренса креатинина, мл/мин/1,73 кв.м  
КрПл — креатинин плазмы мг/дл.

Снижение клубочковой фильтрации отмечалось у 2 пациентов из 6 с мочевым синдромом (33,3 %) и у 3 из 5 без мочевого синдрома (60,0 %), что говорит о нарушении функциональной способности почек даже в отсутствие мочевого синдрома.

Среди пациентов с мочевым синдромом со стороны периферической крови выявлен лейкоцитоз — у 1 человека (10,0 %), увеличение СРБ и лихорадка — у 2 человек

(30,0 %), что может свидетельствовать о воспалительном процессе в мочевыделительной системе при отсутствии других причин воспаления.

У 4 человек с мочевым синдромом (40,0 %) выявлена анемия, при этом у 1 человека снижена скорость клубочковой фильтрации, что может быть признаком хронической болезни почек с последующим снижением синтеза эритропоэтина.

Из 10 обследуемых пациентов с мочевым синдромом 3 (30,0 %) длительно страдали сахарным диабетом, у 1 из них (10,0 %) в моче осадке отмечалась протеинурия, что может быть обусловлено диабетической нефропатией.

У 2 пациентов с мочевым синдромом (20 %) в анамнезе отмечалось стойкое и длительное повышение артериального давления, что могло привести к повреждению гломерулярного аппарата почек.

### **Выводы**

Мочевой синдром диагностирован у 38,5 % пациентов с циррозом печени. Наиболее часто мочевого синдром встречается у пациентов класса тяжести С — 57,1 % (4 из 7), реже — класса тяжести В (37,5 %). У пациентов класса тяжести А мочевого синдром не выявлен. Наиболее частым компонентом мочевого синдрома явилась протеинурия (8 случаев из 10 — 80,0 %), в основном в сочетании с гематурией (3 случая из 10 — 30,0 %) или лейкоцитурией (30,0 %). Отличительной особенностью мочевого синдрома у пациентов с циррозом печени является бессимптомное течение и снижение функционального состояния почек даже в отсутствие патологического осадка мочи. В связи с этим скрининговое обследование мочевыделительной системы у пациентов с циррозом печени будет способствовать раннему выявлению патологии и своевременной профилактике развития почечной недостаточности.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Чукаева, И. И. Мочевой синдром / И. И. Чукаева, Н. В. Орлова // *Лечебное дело*. — 2007. — № 4. — С. 33–40.
2. Ивашкин, В. Т. Дифференциальная диагностика ГРС / В. Т. Ивашкин, В. Т. Маевская // *Лечение осложнений цирроза печени*. — 2011. — С. 37–39.
3. Архитов, Е. В. Мочевой синдром: Диагностический поиск / Е. В. Архитов, О. Н. Сигитова // *Вестник современной клинической медицины*. — 2012. — № 4, т. 5. — С. 43–47.

**УДК 616.155.194:616.36 - 004**

## **АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Калинина О. М.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Анемия — это клинко-гематологический синдром, характеризующийся снижением концентрации гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови [1, 4].

При циррозе печени снижены аффинность гемоглобина к кислороду, эритропоэз, в костном мозге увеличено накопление железа [3]. Мембраны эритроцитов обогащаются холестерином, что ведет к снижению текучести и ухудшению способности к восстановлению поврежденных окислением фосфолипидов мембраны, которое возникает в процессе нормального старения эритроцитов. Вследствие этого возникает изменение морфологии эритроцитов с укорочением продолжительности их жизни [2]. При наличии цирроза печени и портальной гипертензии анемический синдром может быть обусловлен дефицитом железа из-за кровопотерь из расширенных вен пищевода и желудка, которым способствует снижение синтеза коагуляционных факторов (фибриногена, факто-