



**Рисунок 1 — Средние, минимальные и максимальные значения ИМТ (а) и DAS-28 (б) в исследуемых группах**

**Таблица 3 — Данные лабораторных методов исследования в Г1 и Г2**

Показатели	1 группа			2 группа			Показатель значимости (p; t; U;)
	mean	min	max	mean	min	max	
Le (10 <sup>9</sup> /л)	9,64	4,67	20,8	8,9	3,3	18,1	p = 0,64; t = -0,47
СОЭ (мм/ч)	20	2	61	24,3	2	55	p = 0,52; t = 0,65
ЦИК (Ед/мл)	33,1	22	65	30,7	10	87	p = 0,72; t = -0,36
СРБ (мг/л)	2,84	0	8,8	7,75	0	78,2	p = 0,36; t = 0,92

### **Выводы**

Серонегативный РА имеет большое количество различных клинических проявлений, такие как синдром Рейно, ревматические узелки, миалгия, синдром Фелти, поражение ПМФС кисти, МФС стоп, лучезапястных и голеностопных суставов. Однако статистически значимых различий в особенностях клинических проявлений заболевания между пациентами мужского и женского пола выявлено не было.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Трудности подбора терапии у пациентки с серонегативным ревматоидным артритом / Н. В. Журавлева [и др.] // Acta Medica Eurasica. 2020. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trudnosti-podbora-terapii-u-patsientki-s-seronegativnym-revmatoidnym-artritom> (дата доступа: 15.03.2022).
2. Ревматоидный артрит и поражение почек: современный взгляд на проблему / И. Т. Муркамилов [и др.] // The Scientific Heritage. 2021. № 58-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/revmatoidnyy-artrit-i-porazheniya-pochek-sovremennyy-vzglyad-na-problemu> (дата доступа: 17.03.2022).
3. Саварина, В. А. Ремиссия серонегативного ревматоидного артрита на фоне лечения эссенциальной тромбоцитемии меркаптопурином и гидроксикарбамидом / В. А. Саварина // Проблемы здоровья и экологии. 2020. № 1 (63). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/remissiya-seronegativnogo-revmatoidnogo-artrita-na-fone-lecheniya-essentsialnoy-trombotsitemii-merkaptopurinom-i-gidroksikarbamidom> (дата доступа: 15.03.2022).

**УДК 616.36-004:[616.98:578.834.1]**

### **КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19**

**Шпаковская А. Г., Дедова А. Ю.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец**

**Учреждение образования**

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

### **Введение**

При циррозе печени риск заражения, развития тяжелого течения COVID-19 и (или) возникновения осложнений более высок. Повышению риска инфицирования особенно способствуют регулярные посещения медицинских учреждений, длительные госпитализации, применение глюкокортикостероидной тера-

пии [1]. Тяжесть поражения печени может повлиять на клиническое течение COVID-19, также как и короновирусная инфекция может усугубить течение цирроза. Пациенты с циррозом печени имеют множественные механизмы иммунной дисфункции, которые могут привести к повышенной восприимчивости к инфекции и аномальной воспалительной реакции во время инфекции — в совокупности известной как связанная с циррозом иммунная дисфункция (CAID) [2]. После заражения такие пациенты имеют крайне высокие показатели декомпенсации печени [3]. В статье описаны особенности клинического течения циррозов печени в сочетании с инфекцией COVID-19.

### **Цель**

Провести анализ клинического течения циррозов печени в сочетании с инфекцией COVID-19 и определить особенности врачебной тактики.

### **Материал и методы исследования**

Были изучены 40 историй болезней пациентов с циррозом печени. У 20 пациентов основным диагнозом был цирроз печени, у 20 пациентов было два конкурирующих диагноза: «Коронавирусная инфекция COVID-19, двусторонняя полисегментарная пневмония» и «Цирроз печени». Пациенты проходили стационарное лечение в терапевтическом и токсикологическом отделениях в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в период январь – ноябрь 2021 г.

Изучались частота развития осложнений цирроза печени (синдром портальной гипертензии, печеночная энцефалопатия, печёчно-клеточная недостаточность, кровотечение), частота развития дыхательной недостаточности, тромбэмболических осложнений, «цитокинового шторма». Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Microsoft Office 2016».

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

Средний возраст 1-й группы пациентов с сочетанным течением цирроза и COVID-19 был  $56,5 \pm 2,6$  лет. Выборка составила 20 человек, из которых было 8 (40 %) мужчин и 12 (60 %) женщин. Средний возраст 2-й группы пациентов с циррозом печени —  $53,65 \pm 1,78$  лет. Выборка также составила 20 человек, из которых было 9 (45%) мужчин и 11 (55 %) — женщин.

В обеих группах цирроз печени имел сопоставимые причины. В 1-й группе 35 % имели алкогольный цирроз печени, 5 % — вирусный и 60 % — криптогенный. Во 2-й группе у 45 % пациентов был алкогольный цирроз печени, у 5 % — первичный билиарный цирроз, у 50 % — криптогенный. В 1-й группе у 50 % был класс тяжести В цирроза печени по Чайлд — Пью, у 50 % — класс тяжести С. Во 2-й группе у 65 % пациентов был класс тяжести В по Чайлд — Пью и у 35 % — класс тяжести С.

В результате проведенного анализа были получены следующие данные. В группе ковид-положительных пациентов с циррозом печени, синдром портальной гипертензии встречался в 100 % случаев, причем у 50 % был асцит 2 степени, у 5 % — асцит 3 степени. Печеночно-клеточная недостаточность осложнила течение цирроза у 17 (85 %) пациентов, а печеночная энцефалопатия встречалась в 50 % случаев. Полифакторная анемия наблюдалась у 13 из 20 (65 %). Кровотечение возникло у 3 (15 %) пациентов. Инфекционные бактериальные осложнения были диагностированы в 8 (40 %) случаях. Следует отметить, что у 45 % пациентов наблюдалось тяжелое течение двустороннего интерстициального поражения легких, требующего кислородотерапии. Ни в одном случае не было диагностировано тромбэмболий и «цитокинового шторма». У 7 пациентов наблюдались нарушения ритма, а именно фибрилляция и трепетание предсердий, связанные с развитием дисметаболической кардиомиопатии, у одного пациента диагностирован гидроперикард.

В группе пациентов с циррозом печени, портальная гипертензия возникла как осложнение в 95 % (19 из 20) случаев, однако асцита 3 степени не наблюдалось, асцит 2 степени был в 60 % случаев, асцит 1 степени у 40 % пациентов. У 12 (60 %) пациентов была диагностирована печеночно-клеточная недостаточность. У 9 (45%) пациентов развилась печеночная энцефалопатия. Полифакторная анемия отмечена в 11 (55 %) случаях. 2 (10 %) случая сопровождались инфекционными осложнениями. В этой группе патологии со стороны миокарда выявлено не было.

Таким образом, в группе пациентов с циррозом печени в сочетании с инфекцией COVID-19 чаще развиваются такие осложнения, как тяжелая портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность с развитием печеночной энцефалопатии, инфекционные осложнения. Однако тромбоэмболические осложнения в этой группе пациентов не наблюдалось. Данный факт, вероятно, связан со сниженной функцией печени, снижением синтеза факторов свертывания крови, фибриногена.

Развитие тяжелой дыхательной недостаточности также наблюдалось только у каждого второго пациента, несмотря на двустороннее поражение легких. Однако достоверно чаще у пациентов с инфекцией COVID-19 наблюдались признаки повреждения миокарда, проявляющиеся нарушением ритма.

Лечение пациентов с коморбидной патологией включало: глюкокортикостероиды (дексаметазон — 50 %, преднизолон — 15 %), диуретики (фуросемид — 95 %, спиронолактон — 95 %, гидрохлортиазид — 15 %, диакарб — 10 %); лекарственные средства для регидратации и дезинтоксикации (100 %) бронхолитические и муколитические средства (амброксол — 25 %, эуфиллин — 45 %, ацетилцистеин — 5 %), витамины группы В (В<sub>1</sub> — 65 %, В<sub>6</sub> — 40 %, В<sub>12</sub> — 40 %, фолиевая кислота — 55 %, витамин С — 75 %); гастропротекторы (ранитидин — 30 %, омепразол — 95%); гепатопротекторные средства (эсфолип — 10–50 %, эссенцикапс — 7–35 %, урсокапс — 5–25 %, гептрал — 3–15 %, урсаclin — 9–45 %, гепта — 1–5 %); антибиотики и противомикробные средства (цефтриаксон — 3–15 %, цефотаксим — 2–10 %, ванкомицин — 2–10 %, ципрофлоксацин — 2–10 %, левофлоксацин — 4–20 %, метронидазол — 3–15 %, фуромаг — 1–5 %, амокслав — 1–5 %, азитромицин — 1–5 %, сульфасин — 1–5 %, цефепим — 1–5 %, нифуроксазид — 1–5 %); нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (кеторолак — 3–15 %, диклофенак — 2–10 %); β-адреноблокаторы (карвеленд — 20 %, анаприлин — 2–10 %, метопролол — 7–35 %, бипролол — 9–45 %); антикоагулянты (эноксаприн — 6–30 %, фрагмин — 1–5 %, фраксипарин — 1–5 %); препараты железа (ферронал — 8–40 %, ферроксида — 1–5 %); ингибиторы АПФ (лизиноприл — 7–35 %, каптоприл — 2–10 %, рамилонг — 1–5 %); плазмозаменители (гепавил — 4–20 %, альбумин — 3–15 %, трисоль — 2–10 %); гемостатики (этамзилат — 5–25 %, аминокaproновая кислота — 5–25 %, викасол — 3–15 %).

Пациенты с циррозом печени получали следующее лечение: глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон) — в 90 % случаях (18 из 20); препараты для регидратации и дезинтоксикации; диуретики (фуросемид, спиронолактон, дикарб) — в 85 % случаев (17 из 20); эссенциальные фосфолипиды (эсфолип, эссенцикапс) — в 85 % случаев (17 из 20); витамин С — в 80 % случаев (16 из 20); блокаторы протонной помпы (омепразол) — в 80 % случаев (16 из 20); гепатопротекторные средства (урсолин, урсокапс, гептрал, силимарин) — в 55 % случаев (11 из 20); витамины группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>) — в 50 % случаев (10 из 20); плазмозаменители (гепавил, гепомед) — в 50 % случаев (10 из 20); бета1-блокаторы (анаприлин, метопролол, бисопролол, карвелэнд) — в 55 % случаев (7 из 20); блокаторы гистаминовых H<sub>2</sub>-рецепторов (ранитидин) — в 30 % случаев (6 из 20); снотворные и седативные средства (сонекс) — в 30 % случаев (6 из 20); антациды (гесфал) — в 20% случаев (4 из 20); фолиевая кислота — в 20 % случаев

(4 из 20); препараты железа (ферронал) — в 20 % случаев (4 из 20); антибиотики (цефтриаксон, ципрофлоксацин, левофлоксацин) — в 20 % случаев (4 из 20); гемостатики (викасол, дцинон, аминокпроновая кислота) — в 15 % случаев (3 из 20); пентоксифиллин — в 15 % случаев (3 из 20); антиагреганты (аспикард) — в 10 % случаев (2 из 20).

Таким образом, 1-й группе пациентов, чаще назначались НПВС, глюкокортикоиды, что являлось риском развития кровотечения и токсического поражения печени. Чаще применялись антибиотики широкого спектра действия, требовалась активная мочегонная терапия, что могло быть риском развития острого повреждения почек. Пациентам с инфекцией COVID-19 с дыхательной недостаточностью вводились антикоагулянты, что также было сопряжено с риском развития кровотечений. Пациентам с данной коморбидной патологией необходимо предотвращение передозировки ацетаминофена (доза 2–3 г/сут считается безопасной для пациентов с циррозом печени при условии отказа от употребления алкоголя). Не следует назначать НПВС пациентам с циррозом печени и портальной гипертензией, а в случае необходимости их использования включать в терапию ребамипид 300 мг/сут.

#### **Выводы**

Пациенты с декомпенсированным циррозом печени в сочетании с инфекцией COVID-19 являются группой риска для развития декомпенсации портальной гипертензии, острой печеночной энцефалопатии и бактериальных осложнений.

У пациентов с циррозом печени в 45 % случаев развивается тяжелое течение инфекции COVID-19 с дыхательной недостаточностью, и у 35 % пациентов наблюдается развитие аритмий, однако не выявлено тромбоэмболических осложнений.

Пациенты с циррозом печени должны рассматриваться в качестве приоритета для иммунизации. Лечение коморбидной патологии в этой группе сопряжено со значительным риском развития побочных эффектов и развитием опасных для жизни состояний.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Особенности ведения больных с гастроэнтерологической патологией в условиях пандемии COVID-19 / В. Б. Гриневич [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020. № 4(176). С. 3–18.
2. Шангина, О. А. Клинический случай тяжелого течения коронавирусной инфекции у пациента на фоне цирроза печени / О. А. Шангина, Ю. М. Ооржак, В. Г. Шелихов // В кн.: Дни вирусологии. 2020. Материалы Международного форума, 2020. С. 42.
3. Luo, S. Don't Overlook Digestive Symptoms in Patients With 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19) / S. Luo, X. Zhang, H. Xu // Clin Gastroenterol Hepatol. 2020. № 1. P. 16–20.

**УДК 616.2-039.4:616.24-036.65**

### **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Яценко Д. С., Воронович С. А.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры Н. В. Халецкая**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) входит в группу ведущих причин заболеваемости и занимает 4 место в мире среди причин смертности. Проблема ХОБЛ отражена в Глобальном плане действий ВОЗ по профилак-