

Согласно данным литературы, продолжительность жизни пациентов с хроническими диффузными болезнями печени зависит от многих факторов, среди которых одним из важнейших является срок установления диагноза [1]. В том случае, если диагноз установлен уже на стадии цирроза печени, прогноз, как правило, неутешителен. Цирроз печени, являясь одним из наиболее тяжелых заболеваний внутренних органов, манифестируя, в конечном итоге, приводит к летальному исходу. Анализируя продолжительность жизни от момента постановки диагноза, следует отметить, что 196 (35,8 %) пациентов умерли в течение 6 месяцев, а у 61 (11,1 %) больного день постановки диагноза совпал с днем смерти (рисунок 1). Приведенные данные, вероятно, также свидетельствуют в пользу поздней диагностики циррозов печени.

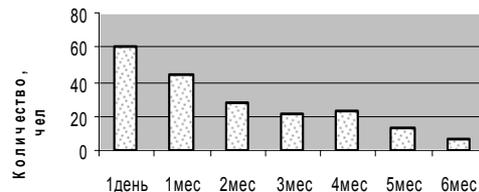


Рисунок 1 — Срок смерти от момента постановки диагноза

### Выводы

1. Основной причиной смерти среди больных данной когорты являются ЦП и его осложнения (54,2%), на втором месте стоит сердечно-сосудистая патология (31,2 %).

2. Диагноз ХГ по данным регистра предшествовал диагнозу ЦП менее, чем в трети случаев (31,2%), что является показателем недостаточной диагностики хронических заболеваний печени на ранних стадиях.

3. У значительной части больных (35,8 %) срок жизни от момента установления диагноза ЦП составил менее 6 месяцев, в 11,1 % случае день постановки диагноза совпал с днем смерти, что указывает на низкую выявляемость ЦП на стадии компенсации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Ю. В. Лобзин [и др.]. — Спб.: Фолиант, 2003. — 192 с.
2. Еремينا, Е. Ю. Факторы прогрессирования хронических гепатитов и циррозов печени / Е. Ю. Еремينا // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2008. — № 6. — С. 101–106.
3. Майер, К. П. Гепатит и последствия гепатита: практ. рук-во / К. П. Майер; под ред. А. А. Шептулина; пер. с нем. — М.: Гэотар-Мед, 2004. — 716 с.
4. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении фиброза печени / Ч. С. Павлов [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатологии, колопроктологии. — 2005. — Т. XV, № 2. — С. 13–20.

УДК 616.36-002.2:612.392.45

## ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

Пальцев И. В., Калинин А. Л., Маланчева Т. О.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Железо – жизненно необходимый элемент метаболизма человека, играющий центральную роль в транспорте кислорода, окислительно-восстановительных реакциях и других биохимических процессах. Гомеостаз железа поддерживается за счет баланса между всасыванием его в желудочно-кишечном тракте и физиологическими потерями. Ежедневно всасывается и выделяется 1–2 мг железа. Как любой сложный метаболический процесс, всасывание железа достаточно четко регулируется. Нарушение регуляции процесса поступления железа в организм сопровождаются или его дефицитом, или избытком. Дефицит железа проявляется гипохромной анемией и сидеропеническим

синдромом, хорошо изученными и легко поддающимися диагностике. Значительно менее изучен и труднее диагностируется синдром перегрузки железом.

Первичный синдром перегрузки железом представлен различными вариантами наследственного гемохроматоза. Наиболее частыми причинами вторичного синдрома являются хронические диффузные болезни печени. Высокое содержание железа в ткани печени приводит к его токсическому действию на гепатоциты и прогрессированию патологического процесса. Учитывая высокую распространенность, социально-экономическую и медицинскую значимость патологии печени [1], весьма актуальным является изучение нарушений обмена железа у пациентов с хроническими диффузными болезнями печени.

#### **Цель работы**

— оценить показатели обмена железа у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени.

**Материалы и методы**

Нами проведено полное клиническое обследование 20 пациентов с хроническими гепатитами (15 мужчин и 5 женщин), наблюдаемых в учреждении «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Лабораторное исследование включало общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, определение показателей метаболизма железа (показатели сывороточного железа, ферритина, трансферрина, общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС)).

#### **Результаты и обсуждения**

Все пациенты имели хронический гепатит с минимальной активностью. Наиболее частым клиническим проявлением заболевания был диспепсический синдром, выявленный у 80 % пациентов, проявлявшийся снижением аппетита, чувством горечи во рту, иногда тошнотой. На втором месте по частоте был астено-вегетативный синдром — 60 %. Болевой синдром выявлялся в 40 % случаях, его выраженность была незначительной.

При лабораторном обследовании выявлено следующее. У большинства больных (90 %) уровни гемоглобина и эритроцитов были нормальными. Анемия легкой степени тяжести была выявлена у двух больных (10 %). Интересным представляется тот факт, что у одного из этих пациентов был значительно снижен уровень ферритина, в то время как уровень сывороточного железа оставался нормальным.

Повышенная активность трансаминаз как проявление синдрома цитолиза определялась у 5 пациентов (25 %), причем только в двух случаях активность превышала три нормы. Синдром холестаза, проявившийся повышением  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы, выявлен у 2 (10 %) пациентов. У 6 (30 %) больных была гипербилирубинемия, не достигающая высоких цифр.

Показатели метаболизма железа (ферритин, трансферрин, ОЖСС) определялись у 13 больных (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели обмена железа у больных

Показатель	Количество больных	
	Абс.	%
Сывороточное железо		
Ниже нормы	1	7,7
Норма	9	69,2
Выше нормы	3	23,1
Ферритин		
Ниже нормы	2	15,4
Норма	6	46,2
Выше нормы	5	38,5
Трансферрин		
Ниже нормы	2	15,4
Норма	10	76,9
Выше нормы	1	7,7
ОЖСС		
Ниже нормы	1	7,7
Норма	11	84,6
Выше нормы	1	7,7

Признаки синдрома перегрузки железом обнаружены у 6 пациентов (46,2 %). Из них в 3 случаях (23,1 %) был выявлен только высокий ферритин, у двоих больных (15,4 %) повышение ферритина сочеталось с высоким уровнем сывороточного железа. У одного (7,7 %) пациента обнаружен повышенный уровень железа при нормальном уровне ферритина. Средний уровень железа сыворотки крови у больных с признаками синдрома перегрузки железом составил 38,4 мкмоль/л, ферритина 440,5 мкг/л. Следует отметить, что у еще 3 (23,1 %) больных концентрация ферритина была близко к верхней границе нормы (среднее значение составило 225,7 мкг/л). Значительное снижение ОЖСС отмечено у пациента с очень высоким уровнем ферритина.

У одного больного были резко снижены уровни сывороточного железа и ферритина, значительно повышена ОЖСС, тем не менее, уровень гемоглобина оставался в пределах нормы, что, вероятно, отражает хорошую адаптацию организма к низкому содержанию железа. **Заключение**

Синдром перегрузки железом является частой патологией у пациентов с хроническими диффузными болезнями печени. Для выявления данного синдрома недостаточного рутинного анализа — определения уровня сывороточного железа. Пациентам с хроническими гепатитами необходимо определение других показателей обмена железа — уровней ферритина, трансферрина и общей железосвязывающей способности сыворотки крови. Эти обследования, не смотря на их дороговизну, экономически обоснованы, поскольку согласно данным литературы, каждый четвертый пациент с гемохроматозом имеет анемию и нередко лечится препаратами железа [2], что утяжеляет течение заболевания и способствует быстрому прогрессированию хронических диффузных заболеваний печени.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностическое значение комплексного исследования показателей метаболизма железа в клинической практике/ С. П. Щербинина [и др.] // Гематология и трансфузиология. — 2005. — Т. 50, № 5. — С. 23–28. Еремина, Е. Ю. Факторы прогрессирования хронических гепатитов и циррозов печени / Е. Ю. Еремина // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2008. — № 6. — С. 101–106.

УДК 616.441-002; 616-073.43-071

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОГО ТИРОИДИТА

Панасюк Г. Д., Доманцевич В. А., Филюстин А. Е., Слепцова Е. А.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр радиационной  
медицины и экологии человека»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – хроническое органоспецифическое аутоиммунное заболевание ЩЖ, сопровождающееся характерными морфологическими изменениями тироидной ткани [1, 2].

В настоящее время «большими» диагностическими признаками, сочетание которых позволяет установить диагноз АИТ, являются: первичный гипотиреоз (манифестный или стойкий субклинический), увеличение объема ЩЖ и наличие антител к ткани ЩЖ в диагностических значимых титрах и/или ультразвуковые эхоэмиотические признаки, характерные для АИТ. При отсутствии хотя бы одного из «больших» диагностических признаков диагноз АИТ носит лишь вероятностный характер [3].

В доступных литературных источниках по ультразвуковой диагностике мы нашли следующие характеристики эхоэмиотических признаков АИТ: изменение размера долей и перешейка в виде уменьшения или увеличения объема ЩЖ, неравномерное снижение эхогенности ткани ЩЖ, появление в тироидной паренхиме гипозоногенных участков различ-