

Из данных представленных в таблице видно, что мужчины и женщины, имеющие СД 2 типа, в среднем имеют высокий риск развития жирового гепатоза, при этом женщины более подвержены к развитию НАЖБП, чем мужчины из данной выборки. Пациенты же с СД 1 типа имеют меньше риск к развитию НАЖБП. При этом следует отметить, что у женщин, у которых есть СД 1 типа, в среднем отмечается низкий риск развития стеатоза.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования было выяснено, что St-индекс позволяет с высокой долей вероятности заподозрить НАЖБП. После расчёта данного индекса по формуле, можно сделать вывод о том, что от данных, которые используются для расчёта стеатоиндекса, будет зависеть степень риска развития жирового гепатоза. Сравнивая частоту риска развития стеатоза среди пациентов с СД 1 и 2 типов, можно сказать, что большинство пациентов из данной выборки, у которых был выявлен высокий риск развития жирового гепатоза, имеют сахарный диабет именно 2 типа, что подтверждает его роль как фактора риска в развитии НАЖБП.

Диагностика наличия НАЖБП у пациентов из групп риска является ранним этапом скрининга и позволяет прогнозировать и в дальнейшем предупредить различные осложнения, в том числе сердечно-сосудистые осложнения и осложнения СД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приложение 4 к Клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 01.06.2017 № 54 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_838640_54gastro.pdf. – Дата доступа: 01.04.2023.
2. Пашенцева, А. В. Инсулинорезистентность в терапевтической клинике / А. В. Пашенцева, А. Ф. Вербовой, Л. А. Шаронова // Ожирение и метаболизм. – 2017. – № 14 (2). – С. 9-17.
3. Maev, I. V. A new, non-invasive scale for steatosis developed using real-world data from Russian outpatients to aid in the diagnosis of non-alcoholic fatty liver disease / I. V. Maev [et al.] // Advances of therapy. – 2020. – № 3. – P. 37-42.

УДК 616.36-004-07-055

М. Ю. Деркач, Д. С. Невмержицкая

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Введение

Гендерная медицина является новым направлением, специализирующимся на биологических и физиологических различиях, существующих между мужчиной и женщиной. Гендерный подход в медицине предполагает взгляд на заболевание с точки зрения пола. В современном обществе в связи с ростом потребления алкоголя в популяции и, в том числе, женщинами, возникает проблема изучения гендерных аспектов [1].

Цирроз печени (ЦП) – хроническое прогрессирующее диффузное полиэтиологическое заболевание с поражением гепатоцитов, фиброзом и перестройкой архитектоники печени, приводящее к образованию структурно аномальных регенераторных узлов, портальной гипертензии и развитию печеночной недостаточности [2].

Цель

Оценить течение цирроза печени у пациентов в Гомельской области, учитывая гендерные различия.

Материал и методы исследования

Методом сплошной выборки изучены истории болезни 40 пациентов с ЦП, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период с 01.01.2022 по 31.05.2022 гг. Исследовались возраст, клиника и осложнения среди мужчин и женщин с ЦП.

Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием компьютерной программы Microsoft Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациентов составлял от 33 до 78 лет, при этом соотношение мужчин и женщин было 1:1,35. Средний возраст пациентов составил $55,5 \pm 10$ лет. В таблице 1 представлено распределение пациентов исследуемой выборки по половозрастному критерию.

Таблица 1 – Распределение пациентов по полу и возрасту

31–40 лет		41–50 лет		51–60 лет		61–70 лет		> 70 лет	
4 (10,0 %)		9 (22,5 %)		13 (32,5 %)		11 (27,5 %)		3 (7,5 %)	
м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
3	1	3	6	7	6	4	7	0	3

Клиническая характеристика пациентов с ЦП представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Клиническая характеристика пациентов с ЦП

	Мужчины		Женщины	
	абсолютное значение	%	абсолютное значение	%
Желтуха	5	29,4	3	13
Зуд	0	0	2	8,6
Гепатомегалия	9	52,9	9	39,1
Спленомегалия	13	76,4	11	47,8
Слабость	11	64,7	15	65,2
Боли в правом подреберье	6	35,2	12	52,1
Диспепсические расстройства	9	52,9	10	43,4

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что желтуха проявляется у 29,4 % мужчин 29,4 % и у 13 % женщин. Зуд был выявлен только у 8,6 % женщин. Гепатомегалия выявлена у 52,9 % мужчин, в то время как у женщин в 39,1 %. У мужчин спленомегалия наблюдалась в 76,4 % случаев, у женщин – 47,8 % случаев. Слабость была у 64,7 % мужчин и 65,2 % женщин. Боли в правом подреберье отмечены у 35,2 % мужчин и 52,1 % женщин. Диспепсические расстройства выявлены у 52,9 % мужчин и 43,4 % женщин.

Структура осложнений пациентов с ЦП представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Структура осложнений пациентов с ЦП

	Мужчины		Женщины	
	абсолютное значение	%	абсолютное значение	%
Асцит	13	76,4	13	56,5
Варикозное расширение вен пищевода	11	64,7	10	43,4
Печеночная энцефалопатия	14	82,3	14	60,8

Согласно полученным результатам из таблицы 3, асцит наблюдается у мужчин в 76,4 % случаев, в то время как у женщин в 56,5 % случаев. Варикозное расширение вен пище-

вода отмечено у 64,7 % мужчин, и только у 43,7 % женщин. Печеночная энцефалопатия выявлена у 82,3 % мужчин и 60,8 % женщин.

Выводы

При оценке возраста было выявлено, что 90 % случаев ЦП приходилось на лиц старше 40-а лет, с пиком в возрастном промежутке 51–60 лет. Соотношение мужчин и женщин было сопоставимо.

Среди клинических симптомов у женщин чаще встречались зуд и боли в правом подреберье, у мужчин – желтуха, гепатоспленомегалия и диспепсические расстройства.

Среди осложнений пациентов с ЦП: асцит, варикозное расширение вен пищевода и печеночная энцефалопатия преобладали у мужчин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гендерные особенности цирроза печени / Е. Н. Божко [и др.]. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2013. – № 3(43). – С. 36–38.
2. Цирроз печени: учеб.-метод. пособие для студентов 5, 6 курсов всех факультетов медицинских вузов, врачей общей практики, терапевтов, гастроэнтерологов / Е. Г. Малаева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 44 с.

УДК 616.126-002-022-08

В. А. Евсеенко, О. Д. Малаш

*Научные руководители: к.м.н., доцент Н. А. Никулина;
к.м.н., доцент Э. Н. Платошкин*

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОРАЖЕННОГО КЛАПАНА

Введение

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – заболевание септического генеза с преимущественным поражением клапанного или пристеночного эндокарда, характеризующееся быстрым развитием клапанной недостаточности, системных эмболических осложнений и иммунопатологических проявлений [1]. Ежегодная заболеваемость ИЭ в среднем составляет 3,8 случая на 100 тыс. населения в год, причем наиболее часто заболевание встречается у лиц в возрасте от 21 до 50 лет. Отмечается неодинаковая распространенность ИЭ в различных странах: США – 38–92,9 на 1 млн. населения, в Канаде – 25, в Швеции – 59, в Англии – 23–25, во Франции – 18–23, в Германии – 16 человек на 1 млн. населения. В Беларуси регистрируется 100 случаев ИЭ в год [2]. ИЭ является серьезной проблемой, так как сохраняется неблагоприятный прогноз и непредсказуемость лечения, а в течение последних лет отмечается увеличение числа больных. Тенденция к росту заболеваемости ИЭ во многом обусловлена изменением факторов риска развития болезни и их соотношения [3].

Цель

Оценить течение ИЭ у пациентов в зависимости от локализации пораженного клапана.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 20 медицинских карт стационарного пациента с ИЭ аортального, митрального клапана или их сочетанного поражения, находившихся на лечении в учреждении «Гомельский клинический кардиологический центр» в 2020–2022 годах.

Пациенты были разделены на группы в зависимости от пораженного клапана.