

нормы на 6,7 %), 75-й – 180 мм (выше нормы на 20 %). Результаты анализа показателей пациентов со стеатогепатозом медианным методом представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты анализа показателей пациентов со стеатогепатозом медианным методом

Показатель	Группа 1 (n = 13)			Группа 2 (n = 7)		
	Ме	25 %	75 %	Ме	25 %	75 %
ИМТ	34,4	31,2	38,1	32,2	30,0	33,3
АлАТ	55,0	49,0	85,0	63,0	58,0	67,0
АсАТ	46,0	25,0	67,0	51,0	30,0	56,0
КВР	171,0	163,0	178,0	171,0	160,0	180,0
ГГТ	159,0	64,0	325,0	134,0	74,0	207,0

### **Выводы**

В ходе проведенного исследования оценено физическое состояние пациентов, уровень печеночных ферментов в крови, размеры правой доли печени у пациентов со стеатогепатозом и стеатогепатитом.

Установлено, что женщины страдают жировой болезнью печени в 3 раза чаще, чем мужчины.

При стеатогепатозе уровень печеночных ферментов в крови повышается не значительно, однако наблюдается увеличение КВР в 100 % случаев. Для стеатогепатита характерно более значимое повышение уровня АлАТ, АсАТ и увеличение косоугольного размера правой доли печени. Отдельного внимания при стеатогепатите заслуживает уровень ГГТ, который превышал норму в несколько раз.

Из этого можно сделать вывод, что для дифференциальной диагностики стеатогепатита наиболее важным показателем является повышение уровня ГГТ.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Семененкова, А. Н. Диагностика неалкогольной жировой болезни печени / А. Н. Семененкова // Медицинские новости. – 2019. – № 11. – С. 4–9.
2. Системное воспаление и неалкогольная жировая болезнь печени / Л. Б. Лазебник [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – Т. 165, № 5. – С. 29–41.
3. Факторы риска прогрессирования неалкогольной жировой болезни печени / Д. А. Теплюк [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – Т. 192, № 8. – С. 167–174.

УДК 616-002.5-036.22:[616.98:578.828НIV](476)»2011/2021»

**Д. Е. Зарытова, Д. О. Сергеев**

*Научный руководитель: старший преподаватель Я. М. Павленко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЯВЛЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА**

### **Введение**

Ревматоидные факторы (РФ) представляют собой аутоантитела к Fc-части IgG. Большинство РФ является IgM, хотя были описаны РФ всех классов Ig [1].

Сегодня представление о его функции сведено к догме, согласно которой ревматоидный фактор – артритагенный фактор, усиливающий воспаление, и его высокий уровень в крови служит фактором риска развития и прогресса заболеваний суставов [2].

Так как РФ представляет собой аутоантитела, которые не имеют отношения к суставным антигенам, объяснить механизм вовлеченности РФ в аутоиммунный процесс при за-

болеваниях суставов так и не удалось. Предполагается, что РФ участвует в формировании иммунных комплексов, которые откладываются в суставах и вызывают воспаление.

РФ обнаруживается при самых разных ревматических и неревматических состояниях. Он обычно используется для диагностики ревматоидного артрита. Чувствительность РФ для диагностики ревматоидного артрита составляет от 50 до 80 %, а специфичность – от 85 до 90 %, как сообщалось в некоторых исследованиях, в которых тестировались пациенты с прогрессирующим заболеванием. РФ может быть отрицательным на ранних стадиях ревматоидного артрита, и положительная реакция увеличивается со временем.

Один только РФ не может быть использован для диагностики ревматоидного артрита. Примерно от 15 до 20 % пациентов с ревматоидным артритом никогда не имеют РФ-положительного ответа, а от 2 до 10 % здоровых людей являются РФ-положительными. Следовательно, положительный РФ сам по себе не подтверждает ревматоидный артрит, а отрицательный РФ не исключает его [3, 4].

Изучение взаимосвязи между возрастом, полом и содержанием ревматоидного фактора в крови имеет большое значение, поскольку на данный момент ревматоидный артрит может проявляться как у людей пожилого возраста, так и у молодых людей. Использование ревматоидного фактора позволяет диагностировать ревматоидный артрит, заболевания соединительной ткани, гранулематозы, хронические инфекции (например, вирусный гепатит, бактериальный эндокардит, туберкулез) и злокачественные образования, а также оценивать эффективность лечения и наблюдать за пациентами в динамике.

#### **Цель**

Изучить связи между появлением ревматоидного фактора, возрастом и полом, выявить зависимость в обнаружении ревматоидного фактора у людей с ревматоидным артритом.

#### **Материал и методы исследования**

Данные были получены в ходе клинического обследования 70 пациентов с диагнозом ревматоидного артрита в возрасте от 18 до 70 лет, среди которых 35 женщин и 35 мужчин.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 10.0.

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

Проанализировав результаты исследования, мы определили наличие ревматоидного фактора в крови у различных возрастных групп. Полученные данные предоставлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 – Наличие ревматоидного фактора у различных возрастных групп (количество человек)**

Изучив график, мы видим, что у 26 % людей, несмотря на диагноз ревматоидный артрит, ревматоидный фактор в крови выявлен не был. Можно отметить, что наиболее многочисленной группой с ревматоидным артритом (при этом с выявленным ревматоидным фактором) оказалась группа пациентов в возрасте 56–70 лет (46 % человек).

Из данных графика (рисунок 2) следует, что число женщин и мужчин с ревматоидным артритом приблизительно одинаково (показатель не является статистически значимым) и нельзя выявить зависимость наличия ревматоидного фактора от пола.

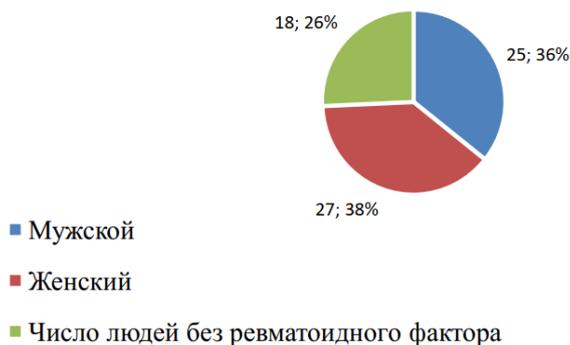


Рисунок 2 – Наличие ревматоидного фактора у людей в зависимости от пола (количество человек)

### **Выводы**

Результаты исследования показали, что возрастная группа может являться фактором риска при определении ревматоидного фактора: группа людей 56–70 лет являются наиболее подверженными к нахождению в крови РФ, а соответственно, и более склонны к ревматоидному артриту. Зависимость фактора и самого заболевания от пола не была выявлена, следовательно, женщины и мужчины болеют в равной степени.

Таким образом, изучение ревматоидного фактора является неотъемлемой частью диагностики и профилактики ревматоидного артрита и многих других заболеваний. Особое внимание при этом следует уделять обследованию пациентов зрелого возраста, так как они наиболее подвержены данному заболеванию. Выявление этой зависимости позволит выяснить сопутствующие факторы риска и более правильно подбирать профилактические и лечебные мероприятия.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Yehuda Shoenfeld, M. Eric Gershwin, Pier Luigi Meroni, Autoantibodies (Second Edition). – Elsevier, 2007. – P. 755–762.
2. Induction of immune tolerance by oral IVIG / E. Maier [et al.] // Int. Immunopharmacol. – 2007. – P. 351–359.
3. Mannik, M. Rheumatoid factors in the pathogenesis of rheumatoid arthritis / M. Mannik // J. Rheumatol. Suppl. – 1992. – P. 46–49.
4. Corrigall, V. M. Autoantigens and immune pathways in rheumatoid arthritis / V. M. Corrigall, G. S. Panayi // Crit. Rev. Immunol. – 2002. – P. 281–293.

УДК: 57.084.1

**М. А. Ибодуллаева, К. Н. Файзуллаев**

*Научный руководитель: к.м.н., Д. Я. Хожиев*

*Учреждение образования*

*«Термезский филиал Ташкентской медицинской академии»*

*г. Термез, Республика Узбекистан,*

*«РНЦЭМП» г. Бухара, Республика Узбекистан*

## **МОДЕЛЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ФИБРОЗА ЛЕГКИХ, ИНДУЦИРОВАННОГО БЛЕОМИЦИНОМ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ**

### **Введение**

Характерным для многих заболеваний легких различной этиологии замещение нормальных тканей легких соединительнотканными волокнами. Из-за ограничений доступных методов лечения, крысиные модели остаются важным инструментом для разработки