

2. ГОСТ Р 53022.2-2008. Технологии лабораторные клинические. Требования к качеству клинических лабораторных исследований. Часть 2. Оценка аналитической надежности методов исследования (точность, чувствительность, специфичность). Clinical laboratory technolog, 2008

3. Diagnostic test accuracy of glutamate dehydrogenase for Clostridium difficile: Systematic review and meta-analysis / J. Arimoto [et al.] // Sci. Rep. – 2016. – Vol. 6. – P. 29754.

4. Burnham, C. A. Diagnosis of Clostridium difficile infection: an ongoing conundrum for clinicians and for clinical laboratories / K. C. Carroll, C. A. Burnham // Clinical Microbiology Reviews. – 2013. – Vol. 26. – P. 604–630.

УДК 616.36 - 003.826

А. Ю. Сницаренко

*Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Л. Калинин,
старший преподаватель Н. С. Брановицкая*

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

ОЦЕНКА ВЫЯВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Введение

Проблема неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) в последнее десятилетие стала междисциплинарной и представляет интерес не только для гастроэнтерологов, гепатологов, терапевтов, но и для врачей других специальностей.

НАЖБП стала доминирующей формой хронического заболевания печени не только у взрослых, но и у детей. НАЖБП присутствует у 7% людей с нормальной массой тела, чаще у женщин, в более молодом возрасте и при нормальных ферментах печени.

В настоящее время НАЖБП рассматривается в качестве печеночного компонента метаболического синдрома, поскольку практически у всех пациентов с МС имеется жировая дистрофия гепатоцитов и почти у половины обнаруживается стеатогепатит. НАЖБП охватывает патологический спектр от простого стеатоза до стеатогепатита у 10–20%, который может прогрессировать в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному.

НАЖБП – спектр характерных изменений печени преимущественно с крупноклеточным стеатозом у пациентов, не употребляющих алкоголь в количествах, вызывающих повреждение печени. НАЖБП развивается в трех стадиях – стеатоз, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) и фиброз (рисунок 1).

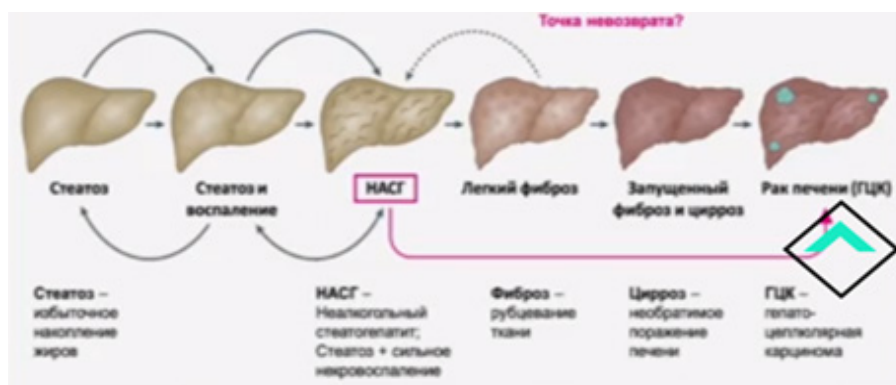


Рисунок 1 – Спектр неалкогольной жировой болезни печени

НАЖБП часто протекает незаметно, практически бессимптомно. Пациент может долго не знать о наличии у него заболевания, попросту не обращая внимания на неспецифические изменения самочувствия, такие как утомляемость, слабость, недомогание, дискомфорт в правой верхней части живота. На начальном этапе в клетках печени накапливается жир (главным образом, в виде триглицеридов), и эта стадия называется стеатоз печени. Она является обратимой, поэтому терапию оптимально начинать именно в этот момент. Но у 25% пациентов с НАЖБП может развиваться фиброз печени.

НАЖБП входит в число независимых факторов риска ряда заболеваний: сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета (СД) 2-го типа, хронической болезни почек и колоректального рака (рисунок 2).



Рисунок 2 – НАЖБП как фактор риска заболеваний

К первичной метаболической НАЖБП (при условии исключения регулярного употребления алкоголя) целесообразно относиться как к предиктору и одному из ранних и специфичных маркеров атерогенеза и СД 2-го типа у пациентов с инсулинорезистентностью, общим морбидным или висцеральным ожирением и метаболическим синдромом (МС).

У пациентов с сахарным диабетом (СД) распространенность стеатоза составляет 50%, стеатогепатита (НАСГ) – 54%.

СД является новым фактором риска прогрессирования НАСГ до прогрессирующего фиброза, цирроза печени и ГЦК. В свою очередь наличие СД при НАЖБП приводит к повышению риска общей смертности от ССЗ в 2,3–2,8 раза.

Цель

Провести оценку развития фиброза у пациентов с НАЖБП на амбулаторном этапе на основании данных фиброэластометрии (ФЭМ).

Материал и методы исследования

На консультативном приеме на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» проводилось комплексное медицинское обследование пациентов с патологией печени и НАЖБП. В исследование в 2023 году включено 64 пациента.

По полу и возрастным категориям обследуемые пациенты распределились следующим образом: мужчины: 18–62 лет – 11%, 63 лет и старше – 4,7%, женщины: 18–57 лет – 34,4%, 58 лет и старше 49,9%.

При проведении общеклинического и лабораторно-инструментального обследования с привлечением служб лабораторной, функциональной и молекулярной генетики, в исследование включалось ультразвуковое исследование фиброэластометрия (рисунок 3).

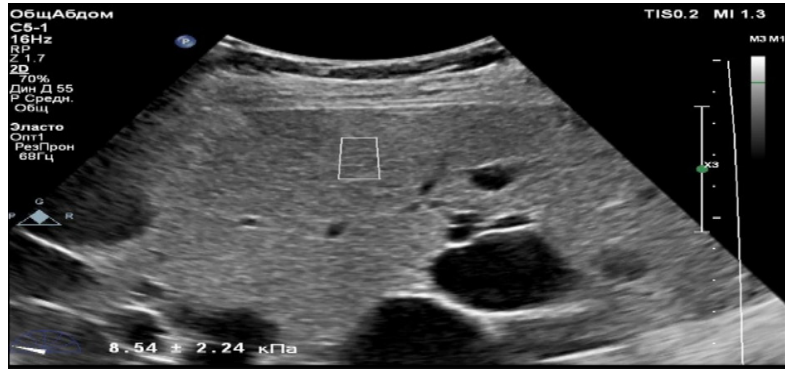


Рисунок 3 – Фиброэластометрия

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам проведенного анализа среди обследуемого контингента нозология патологии печени распределилась следующим образом:

- 1) стеатогепатоз – 46%, из них в стадии фиброза – 13%,
- 2) стеатогепатит – 44%, из них в стадии фиброза – 33%,
- 3) первичный билиарный цирроз – 4%,
- 4) аутоиммунный гепатит – 2%.

Из обследуемых пациентов ФЭМ выполнялась 50-ти пациентам. У 24% обследуемых пациентов с НАЖБП выявлены следующие изменения на стадии фиброза: F1 – 36,4%, F2 – 18,2%, F3 – 18,2%, F4 – 36,4%.

Выводы

Применение современного ультразвукового обследования фиброэластометрии (рисунок 4) в комплексном обследовании пациентов с НАЖБП способствует ранней диагностике развития фиброза и осложнений стеатогепатита при трансформации в цирроз печени, что позволяет своевременно назначить адекватное лечение, как фармакологическое, так и нелекарственное, пересмотреть образ жизни и питание, что позволит улучшить качество и продолжительность жизни пациентов.



Рисунок 4 – Ультразвуковая фиброэластометрия

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложненных цирроза печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии / В. Т. Ивашкин [и др.]. – 2016. – № 26(4). – С. 71–102.
2. Мязин, Р. Г. Неалкогольная болезнь печени: новые возможности терапии. Медицинский Совет / Р. Г. Мязин. – 2014. – 13 с.
3. Ивашкин, В. Т. Печеночная энцефалопатия и методы ее метаболической коррекции. Болезни органов пищеварения / В. Т. Ивашкин, М. Ю. Надинская, А. О. Буеверов. – 2001. – № 1. – С. 25–27.

3. Бакулин, И. Г. Гиполипидемическая терапия и печень. Российские Медицинские Вести / И. Г. Бакулин, Ю.Г. Сандлер. – 2012. – № 17(1). – С. 43–51.

4. Осипов, Л. В. Технологии эластографии в ультразвуковой диагностике. Обзор /Л. В. Осипов // Медицинский алфавит. Диагностическая радиология и онкотерапия. . – 2013. – № 3–4. – С. 5–21.

5. Физические основы эластографии. Компрессионная эластография (Лекция. Часть 1) / О. В. Руденко [и др.] // Радиология – практика. – 2014. – № 3. – С. 47–58.

6. Драпкина, О. М. Неалкогольная жировая болезнь печени и сердечно-сосудистый риск: состояние проблемы / О. М. Драпкина, А. А. Яфарова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – № 13(5). – С. 645–650.

УДК 616.34-008.314.4-052(476.2-25)

А. А. Соснок, А. В. Хорольский

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Л. Калинин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

CLOSTRIDIODES DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ – ГОСПИТАЛЯ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Введение

Современная медицина немыслима без антибактериальных препаратов. Но, к сожалению, они богаты на побочные эффекты. И, конечно, одним из самых частых проявлений, ассоциированных с приемом антибиотиков, является антибиотикоассоциированная диарея (ААД). Очень важно выделять две формы ААД, которые отличаются по прогнозу, механизму развития и клиническим проявлениям: идиопатическая ААД и диарея, обусловленная микроорганизмом *C. difficile* [1]. Актуальность и значимость *C. difficile*-ассоциированной диареи, продолжает нарастать во всем мире. Большой проблемой на сегодняшний день является отсутствие унифицированного подхода к диагностике и определению степени тяжести данной патологии несмотря на высокую актуальность проблемы во всем мире [2]. Клиническая картина *C. difficile*-ассоциированной болезни может варьировать от бессимптомного носительства, легкой или умеренной диареи, до обильной водянистой диареи, псевдомембранозного колита с развитием жизнеугрожающих осложнений. Тяжесть заболевания определяется клиническими симптомами и данными лабораторного обследования [3].

На сегодняшний день одной из самых прогностически точных шкал является ATLAS (рисунок 1), включающей 5 критериев: возраст пациента (A – age), температуру тела (T – temperature), уровень лейкоцитов (L – leukocyte count), альбумина (A – albumin) и сывороточного креатинина (S – serum creatinine) [2].

Параметр Parameter	0 баллов 0 points	1 балл 1 point	2 балла 2 points
Возраст, лет Age, years	< 60	60–79	≥ 80
Температура, °C Fever, °C	≤ 37,5	37,6–38,5	≥ 38,6
Лейкоциты, × 10 ⁹ /л Leukocyte count, × 10 ⁹ /l	< 16	16–25	> 25
Альбумин, г/л Serum albumin, g/l	> 35	26–35	≤ 25
Креатинин, мкмоль/л Serum creatinine, μmol/l	≤ 120	121–179	≥ 180

Рисунок 1 – Шкала ATLAS