

В. В. Гарбузов, М. А. Васильева

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Шут

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО И НЕАЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Введение

Циррозы печени являются тяжелым заболеванием, 11-й по частоте причиной смерти в мире, 50% больных умирают в течение 5 лет.

В последние десятилетия потребление алкоголя во многих частях мира увеличивается. Алкоголь является ведущим этиологическим фактором циррозов печени, однако доля других причин развития циррозов также значима. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2018 году 48% людей с диагнозом цирроза печени умерли из-за злоупотребления алкоголем [1]. В 2017 г. Беларусь заняла третье место по увеличению показателя смертности от цирроза печени из 195 стран.

В зависимости от этиологии циррозов печени имеются особенности патогенеза, клиники, морфологии, диагностики, лечения и прогноза при алкогольной болезни печени, хронических вирусных гепатитах, неалкогольной жировой болезни печени, аутоиммунном гепатите, первичном билиарном циррозе печени, гемохроматозе, болезни Вильсона – Коновалова, дефицита альфа-1-антитрипсина [2, 3].

Учитывая отсутствие типичных клинических признаков алкогольного цирроза печени, представляет интерес исследование различий клинических синдромов алкогольного и неалкогольного циррозов печени.

Цель

Проанализировать клинические синдромы у пациентов с циррозом печени алкогольного и неалкогольного генеза.

Материал и методы исследования

Были проанализированы 150 историй болезни пациентов мужского пола УЗ «Гомельская областная клиническая больница», проходивших лечение по поводу цирроза печени: 75 историй болезни пациентов с алкогольным циррозом и 75 – с циррозом печени неалкогольного генеза. Группы были сопоставимы по возрасту: $50 \pm 11,85$ (от 33 до 76 лет) и $53,8 \pm 11,8$ (от 28 до 78 лет) соответственно.

Статистический анализ полученных данных производился с применением компьютерной программы Statistica 10.0. Нормальность распределения определяли с помощью теста Колмогорова – Смирнова. Описательная статистика количественных показателей представлена при нормальном распределении – средним значением и ошибкой среднего ($\text{mean} \pm \text{SD}$). Для сравнения двух независимых групп по количественному признаку использовался t-критерий Стьюдента. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования нами была проанализирована частота встречаемости различных проявлений циррозов печени алкогольного и неалкогольного генеза.

Полученные результаты свидетельствуют, что клинические проявления циррозов различной этиологии имели различия. В таблице 1 приведены данные клинических проявлений и изменений инструментальных и лабораторных тестов у пациентов с циррозом печени алкогольного и неалкогольного генеза.

Таблица 1 – Клинические и лабораторные синдромы у пациентов с циррозом печени алкогольного и неалкогольного генеза

Клинические проявления	Пациенты с циррозом печени алкогольного генеза		Пациенты с циррозом печени неалкогольного генеза	
	N=75	%	N=75	%
Отсутствие жалоб	33*	44	4	5,3
Дискомфорт в области правого подреберья	42*	56	22	29,3
Отечно-асцитический синдром	32	42,7	48*	64
Астеновегетативный синдром	22	29,3	36*	48
Портосистемная энцефалопатия	47	62,7	50	66,7
Желтуха	16	21,3	43*	57,3
Варикозное расширение вен пищевода	53*	70,7	29	38,7
Гипопротеинемия	16	21,3	17	22,7
Коагулопатия	60*	80	11	14,7
Синдром холестаза	56	74,7	60	80

* Различия в группах достоверны ($p < 0,05$)

Анализ данных показал, что пациенты с циррозом печени алкогольного генеза реже предъявляли жалобы ($p=0,031$), проявления астеновегетативного синдрома и желтуха отмечались более редко ($p=0,0073$ и $p=0,04$ соответственно). В этой группе чаще отмечался дискомфорт в правом подреберье ($p=0,031$), варикозное расширение вен пищевода ($p=0,024$) и коагулопатия ($p=0,001$). Пациенты с неалкогольными циррозами печени чаще предъявляли жалобы, отечно-асцитический синдром выявлялся достоверно чаще ($p=0,005$). С одинаковой частотой у пациентов обеих групп встречалась порто-системная энцефалопатия, а также лабораторные синдромы: гипопротеинемии и холестаза.

В литературе, в качестве косвенного маркера алкогольного генеза заболеваний печени, отмечено преобладание уровня АСТ над АЛТ. Проведенный нами анализ показателей трансаминаз в группах пациентов с алкогольным и неалкогольным циррозами печени таких различий не выявил: более высокий уровень АСТ чем АЛТ был выявлен у 66 пациентов (88%) с циррозом печени алкогольного генеза и у 68 обследуемых (90,67%) с циррозом печени неалкогольного генеза.

Выводы

1. Имеются клинические и лабораторные отличия циррозов печени алкогольного и неалкогольного генеза.
2. У пациентов с алкогольной этиологией циррозов печени достоверно чаще встречались дискомфорт в области правого подреберья, варикозное расширение вен пищевода и коагулопатия.
3. У пациентов с неалкогольной этиологией циррозов печени достоверно чаще встречались отечно-асцитический, астеновегетативный синдромы, желтушное окрашивание кожи и слизистых.
4. В обследованных группах отмечена одинаковая частота встречаемости преобладания АСТ над АЛТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Moon, A. M. Contemporary Epidemiology of Chronic Liver Disease and Cirrhosis / A. M. Moon, A. G. Singal, E. B. Tapper // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2020. – № 18(12). – P. 2650–2666.
2. Полунина, Т. Е. Алкогольная болезнь печени. Клинический пример / Т. Е. Полунина // Медицинский совет. – 2020. – № 5. – С. 50–60.
3. Булатова, И. А. Оценка диагностической значимости расчетных индексов для определения класса цирроза печени / И. А. Булатова, Т. П. Шевлюкова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022. – № 203(7). – С. 31–37.

УДК 615.849:616-006.6-052-08:616.12-008.318

Ю. А. Гончарова

Научный руководитель: старший преподаватель С. Г. Сейфидинова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Введение

Деятельность сердечно-сосудистой системы имеет существенное влияние на здоровье человека. Нарушения ритма являются одной из важнейших проблем нашего времени. По последним данным ВОЗ, аритмии регистрируются у каждого третьего пациента с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [1]. Наличие данной патологии способно значительно повлиять на уровень жизни человека (ухудшение общего состояния, снижение работоспособности), а появление осложнений в частых случаях приводит к гибели пациента [2]. Своевременное выявление и лечение аритмий способно повысить уровень жизни населения и снизить смертность. Для лечения нарушений ритма, в первую очередь, применяют неинвазивные методы, такие как изменение образа жизни, медикаментозное лечение, электроимпульсная терапия (электрическая кардиоверсия, ЧП ЭКС и т. д.). Однако все чаще проводимые лекарственная и электроимпульсная терапии становятся малоэффективными в отношении лечения аритмий. Тогда для лечения аритмий целесообразно использовать хирургические методы лечения. Одним из основных хирургических методов лечения аритмий является радиочастотная катетерная абляция (РЧА).

Радиочастотная абляция – это хирургический катетерный метод лечения сердечных аритмий, основанный на воздействии радиочастотной энергии на аритмогенные (образующие патологический ритм) очаги с целью их разрушения и подавления активности [3]. РЧА применяется в качестве терапии первой линии (при условии согласия пациента) для лечения суправентрикулярных тахикардий, как следствие АВ-узловой реципрокной тахикардии, синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта, унифокальной предсердной тахикардии или трепетания предсердий. При непереносимости или неэффективности одного и более антиаритмического препарата радиочастотная катетерная абляция применяется для лечения мерцательной аритмии. При желудочковых тахикардиях РЧА используется в качестве терапии первой линии. При органическом поражении сердца РЧА применяют при неэффективности или непереносимости терапии основного заболевания, в том числе с имплантируемым кардиовертером-дефибриллятором на фоне сопутствующих аритмий [4].

Цель

Провести статистический анализ данных об особенностях проведения РЧА у мужчин и женщин с нарушениями ритма среди пациентов Гомельского областного клинического кардиологического центра.