

9. Сахно, В. Д. Основополагающая роль компьютерной томографии в диагностике и мониторинге панкреонекроза / В. Д. Сахно, П. Ю. Ефимцев // Медицинская визуализация. – 2005. – № 1. – С. 48–53.
10. Гостищев, В. К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В. К. Гостищев // Хирургия. – 2006. – № 6. – С. 4.
11. Лысенко, В. Г. Клиническое искусственное питание и оперативная эндоскопия в лечении острого панкреатита и различных форм панкреонекрозов / В. Г. Лысенко, А. С. Слесаренко // Вестник интенсивной терапии. – 2007. – № 1. – С. 47.
12. Шулутко, А. М. Комбинированное применение малоинвазивных пособий и “открытых” лапароскопических операций из минидоступа на этапах лечения панкреонекроза / А. М. Шулутко, А. И. Данилов // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 5. – С. 8–9.
13. Диллинджер, Э. П. Инфекционные осложнения панкреонекроза / Э. П. Диллинджер // Клин. микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2003. – Т. 5, № 2. – С. 109, 111.
14. Савельев, В. С. Клиническая значимость прокальцитонинового теста в дифференциальной диагностике системной воспалительной реакции при панкреонекрозе / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 1. – С. 25.

УДК 616.36-004-071/-078

А. Д. Шевандо

Научный руководитель: доцент кафедры С. Л. Зыблев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Введение

Цирроз печени (ЦП) – хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и сосудистой системы печени, появлением узлов регенерации и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии [1].

Распространенность данного заболевания и число летальных исходов растет с каждым годом. От цирроза печени ежегодно умирают около 45 миллионов человек (42–63 % случаев приходится на алкогольный ЦП) [2].

Цирроз может длительное время протекать бессимптомно, скрытно или с минимальными и нетипичными проявлениями. Период развернутой клинической картины многообразен по своей симптоматике и отражает вовлечение в патологический процесс почти всех систем организма [3].

В биохимическом анализе крови пациентов с циррозом печени необходимо определять следующие показатели: аланинаминотрансферазу (АлАТ), аспартатамино-трансферазу (АсАТ), щелочную фосфатазу (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП), билирубин, альбумин, калий, натрий, креатинин [1].

Цель

Изучить показатели биохимического анализа крови пациентов с ЦП. Оценить степень тяжести ЦП с помощью показателя Чайлд–Пью (Child-Pugh score).

Материал и методы исследования

Был проведен анализ биохимических показателей крови 82 клинических случаев пациентов в Учреждении «Гомельская областная клиническая больница» с диагнозом цирроз печени, находившиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении в период с января 2023 по декабрь 2023. Обработка данных осуществлена при помощи электронных таблиц Microsoft Office Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

На основе клинико-лабораторных данных все пациенты были разделены на классы по классификации Чайлд–Пью. Среди пациентов в 23% случаев наблюдался класс тяжести А, в 60% – класс В, в 17% – класс С.

При циррозе печени нарушаются ее функции, что приводит к развитию патологических синдромов с лабораторными показателями, которые отклонены от нормальных значений.

Таким образом, средний уровень аланинаминотрансферазы (АлАТ) у пациентов с циррозом класса тяжести А был незначительно выше нормы – 46,3 ед/л. Пациенты с циррозом класса тяжести В и С имели показатели 62,03 ед/л и 54,1 ед/л соответственно.

Уровень аспартатаминотрансферазы (АсАТ) у пациентов с циррозом класса тяжести А был в пределах нормы и составил 48,04 ед/л. У пациентов класса тяжести В и С имели значения 72,34 ед/л и 93,01 ед/л соответственно. Данные изменения показателей могут свидетельствовать о наличии цитолиза.

Показателями, указывающими на наличие холестаза, являются повышенные значения щелочной фосфатазы (ЩФ), общего билирубина, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), которые коррелируют со степенью тяжести цирроза печени. Так показатели ЩФ составили 243,04 ед/л, 337,02 ед/л, 198,4 ед/л у пациентов с циррозом класса тяжести А, В и С соответственно. Средние показатели общего билирубина были значительно выше нормальных значений, при этом была замечена связь между классом тяжести цирроза печени и повышением его уровня. Так у пациентов с циррозом класса тяжести А он составил 31,2 мкмоль/л, в классе тяжести В – 43 мкмоль/л, в классе тяжести С – 152 мкмоль/л. Была также установлена обратная взаимосвязь альбумина со степенью тяжести цирроза печени, при которой средние значения альбумина у пациентов с тяжестью цирроза А, В, С составили 39,1 г/л, 32,8 г/л и 27 г/л соответственно. Уровень гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) у пациентов с циррозом класса тяжести А составил 154 ед/л, класса тяжести В – 289 ед/л, а класса тяжести С – 277 ед/л.

Протромбиновый индекс (ПТИ) имел тенденцию к уменьшению с ухудшением состояния, что соответствует увеличению класса тяжести цирроза. Низкие показатели альбумина и ПТИ могут свидетельствовать о гепатоцеллюлярной недостаточности (таблица 1).

Таблица 1 – Результаты биохимического исследования у пациентов с ЦП

Биохимические показатели	Класс А	Класс В	Класс С
АлАТ, ед/л	46,3	62,03	54,1
АсАТ, ед/л	48,04	72,34	93,01
Щелочная фосфатаза, ед/л	243,04	337,02	198,4
Общий билирубин, мкмоль/л	31,2	43	152
Протромбиновый индекс	0,73	0,64	0,55
Гамма-глутамилтранспептидаза, ед/л	154	289	277
Альбумин, г/л	39,1	32,8	27

Также в ходе работы, исходя из данных историй болезни, были выявлены основные клинические проявления цирроза печени. Так асцит выявлен у 75% пациентов, варикозное расширение вен пищевода и желудка у 50%, печеночная энцефалопатия у 45%, гепатопульмональный синдром у 14 %, гепаторенальный синдром у 10% пациентов.

Выводы

Из результатов данной работы можно увидеть связь между показателями биохимического анализа и степенью тяжести по Чайлд–Пью. Также на основе клинико-лабо-

раторных показателей были выявлены основные синдромы (цитоллиз, холестаза, гепатоцеллюлярная недостаточность) при циррозе печени. При обработке данных также были выявлены наиболее часто встречающиеся клинические проявления цирроза печени.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Копать, Т. Т. Симптоматология, диагностика и принципы лечения хронических гепатитов и циррозов печени : учеб. пособие / Т. Т. Копать, И. М. Змачинская, Е. В. Переверзева. – Минск : БГМУ, 2015. – С. 12–22.
2. Клевина, М. С. Диагностическое и прогностическое значение шкал тяжести при циррозе печени [Электронный ресурс] / М. С. Клевина // StudArctic Forum, электронный научный студ. журнал, Петрозаводск / ПетрГУ. – 2022. – Т. 7, № 3. – С. 36–39.
3. Добронравов, А. В. Гепатиты и циррозы печени / А. В. Добронравов. – М. : Высшая школа, 2018. – С.160.

УДК 616.13/.14-77-052”2015”

Malarvannan Sudha Sri

Scientific supervisor: department assistant E. Y. Doroshko

*Educational Establishment
“Gomel State Medical University”
Gomel, Republic of Belarus*

CLINICAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SYNTHETIC VASCULAR PROSTHESES IN 2015

Introduction

In the field of reconstructive angiosurgery, there is an increase in the number of surgical interventions performed for various pathologies of the aorta and great arteries and an increase in the number of infections of vascular prostheses. After reconstructive operations on arteries in the aorto-ilio-femoral segment, prosthetic infection is observed in 0.5–6% of cases [1–4].

Goal

To study the clinical and demographic characteristics of patients using artificial vascular prostheses for damage to the aortofemoral segment in the Gomel region in 2015.

Material and methods of research

We analyzed 72 medical records of inpatients of people who were treated at the Gomel Regional Clinical Cardiology Center for the period January-December 2015 with damage to the aortofemoral segment. The study group consisted of people aged 31 to 80 years, of which: 62 men (86.2%) and 10 women (13.8%). The fact of infection of the artificial vascular prosthesis was stated when signs of groups 3–5 were identified according to the classification proposed by R. Samson [5].

Results of the result and their discussion

Among the patients, people aged 61–70 years predominated (39 people, 54.2%). Most of the patients were residents of the city of Gomel (60 people, 83.3%), and 12 people (16.7%) were residents of the districts. It was found that coronary heart disease (atherosclerotic cardiosclerosis) was a concomitant pathology in 79.2% of cases (57 people). Arterial hypertension was detected in 42 patients (58.3%). Atrial fibrillation was observed in 9.7% of cases (7 people), aortic atherosclerosis in 2 people (2.8%). Type 2 diabetes mellitus has been reported in 6.9% of cases (5 patients). The main pathology in 37 patients (51.3%) was “atherosclerosis of the arteries of the extremities.” Abdominal aortic aneurysm occurred in 27.8% of cases (20 people). In 20.9% of cases (15 people), generalized and unspecified atherosclerosis was noted. In 3 patients (4.2%), the main diagnosis was embolism and thrombosis of the arteries of the lower extremities. All patients underwent prosthetics, during which two types of prostheses