

крови и мочи, по поводу чего пациенты наблюдались эндокринологом. Центильные величины роста (см) ниже 3 центиля у 4 (23,5 %) пациентов, с 3 до 10 центиля — у 1 (5,9 %) пациента, не отмечалось задержки роста у 12 (70,6 %) пациентов. Центильные величины веса (кг) ниже 3 центиля у 3 (17,6 %) пациентов, с 10 до 25 центиля — у 4 (23,5 %), не отмечалось дефицита массы тела у 10 (58,9 %) детей. Уровень фосфора в крови в среднем составил $1,65 \pm 0,32$ ммоль/л, у 6 (35,3 %) пациентов обнаружена гипефосфатемия $1,97 \pm 0,28$ ммоль/л при возрастной норме $0,87-1,6$ ммоль/л. Уровень фосфора в моче $9,1 \pm 4,1$ ммоль/л при норме 20 мг/кг/сут. Уровень кальция в сыворотке крови $1,95 \pm 0,62$ ммоль/л, у 6 (35,3 %) пациентов выявлена гипокальциемия $1,16 \pm 0,07$ ммоль/л при возрастной норме $2,1-2,5$ ммоль/л. Уровень кальция в моче всех пациентов не превышал 5 мг/кг/сут. Уровни гликемии у всех пациентов не отличались от нормы, при этом глюкозурия отмечалась у 8 (47,1 %) пациентов. Повышение уровня щелочной фосфатазы и мочевой кислоты в крови выше возрастной нормы отмечалось у 2 (11,8 %) пациентов с диагнозом нефронофтиз Фанкони. В пробе Зимницкого у 9 (52,9 %) имелось нарушение концентрационной (удельный вес 1000–1007), у 5 (29,4 %) водовыделительной (суточный диурез от 2 до 6 л/сут) функций. Метаболический ацидоз выявлен у 2 (11,8 %) пациентов (оба пациента с нефронофтизом Фанкони). СКФ, рассчитанная по клиренсу эндогенного креатинина, составила в среднем 77,1 мл/мин, по формуле Шварца — 73,9 мл/мин. У двух пациентов с диагнозом нефронофтиз Фанкони СКФ по Шварцу не превышала 19 мл/мин. По данным УЗИ размеры почек и мочевого пузыря в пределах возрастной нормы. Терапию по основному заболеванию получали все пациенты: с почечной глюкозурией — курсы мембраностабилизаторов; с нефрогенным несахарным диабетом — диуретики (гипотиазид в дозировке 1 мг/кг/сут) при необходимости в комбинации с индометацином из расчета 2 мг/кг/сут. 2 пациентам с нефронофтизом Фанкони проводилась консервативная терапия ХПН.

Выводы

Установлено преобладание AR типа наследования у 13 (76,5 %) пациентов. При оценке физического развития выявлен и дефицит массы тела (у 41,1 %), и задержка роста (у 29,4 %). При нормальном уровне гликемии у 8 (47,1 %) пациентов диагностирована глюкозурия. У 6 (35,3 %) пациентов выявлена гипокальциемия. При оценке пробы Зимницкого у 9 (52,9%) пациентов установлено нарушение концентрационной, у 5 (29,4 %) — водовыделительной функций почек. Кроме того, оценив клинико-лабораторные данные, 2 пациентам был выставлен диагноз ХПН как исход нефронофтиза Фанкони.

Тубулопатии являются достаточно редким заболеванием, именно поэтому своевременная диагностика и назначение адекватной терапии предотвращает развитие осложнений, позволяет добиться сохранения удовлетворительного качества жизни, улучшения показателей физического и нервно-психического развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савенкова, Н. Д. Тубулопатии в практике педиатра: рук-во для врачей / Н. Д. Савенкова. — СПб.: Левша, 2006. — 144 с.
2. Папаян, А. В. Клиническая нефрология детского возраста: рук-во для врачей / А. В. Папаян, Н. Д. Савенкова. — СПб.: Левша, 2008. — С. 192–252.
3. Эрман, М. В. Нефрология детского возраста: рук-во для врачей / М. В. Эрман. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2010. — С. 296–324.

УДК 616.36-004-074-022

ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУС-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

Бенедесюк Н. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Циррозы печени (ЦП) занимают значительное место в патологии человека, оставаясь крайне актуальной проблемой здравоохранения всех стран мира. Наиболее частой причи-

ной развития цирроза печени вирусной этиологии являются вирус гепатита В (HBV), вирус гепатита С (HCV), а также алкоголь [1].

При ЦП развивается синдром печеночной недостаточности, что проявляется снижением уровней альбумина и общего белка. Альбумин участвует в связывании билирубина, поэтому его уменьшение является одним из факторов повышения прямой фракции билирубина. Определение протромбинового индекса (ПТИ) и международного нормализованного отношения (МНО) также позволяет оценить состояние синтетической функции печени. МНО и ПТИ обратно пропорциональные показатели, то есть повышение МНО соответствует снижению ПТИ у пациента, и наоборот [2].

При нарастании фиброза печени отмечается снижение тромбоцитов (Тр). Причиной этого является накопление тромбоцитов в увеличенной вследствие портальной гипертензии селезенке. Внутриклеточные ферменты аспартатаминотрансфераза (АсАТ) и аланинаминотрансфераза (АлАТ) увеличиваются в крови при некрозе гепатоцитов (синдром цитолиза), причем при ЦП активность АсАТ чаще всего превышает АлАТ (отношение АсАТ к АлАТ > 1, так называемый коэффициент де Ритиса) [3].

С применением данных лабораторных показателей связаны различные системы оценки тяжести поражений печени (Шкала Чайлд-Пью, шкала MELD (Model of End-Stage Liver Disease)). Шкала Чайлд-Пью на основании 5 параметров (асцит, энцефалопатия, билирубин, альбумин, протромбин) позволяет оценить тяжесть ЦП и его прогноз. Шкала MELD (Model for End-Stage Liver Disease) была разработана для определения очередности трансплантации печени: $MELD = 11,2 \times \ln(\text{МНО}) + 9,6 \times \ln(\text{креатинин, мг/дл}) + 3,8 \times \ln(\text{билирубин, мг/дл}) + 6,4$. Неблагоприятный прогноз при ЦП ассоциирован со значением MELD > 18 [4].

Такие лабораторные показатели, как билирубин, АсАТ, АлАТ, креатинин, Тр и другие, используются в расчете не прямых индексов фиброза [3]. Для определения выраженности фиброза печени и диагностики ЦП в последние годы предложено много лабораторных показателей и их соотношений (индексов). С этой целью используются RDW (показатель степени анизоцитоза), MPV (средний объем тромбоцитов), а также соотношения RDW/Тр, MPV/Тр, тест FIB-4, рассчитываемый по формуле: $FIB-4 = \text{Возраст (лет)} \times \text{ACT} / (\text{тромбоциты } (10^9/\text{л}) \times \sqrt{\text{АЛТ}})$ и тест APRI (Aspartate-aminotransferase-to-Platelet Ratio Index) для расчета которого используется формула: $APRI = (\text{ACT}/(\text{верхний предел ACT})) \times 100 / \text{тромбоциты } (10^9/\text{л})$ [4].

Цель

Оценить значения лабораторных показателей, характерные для пациентов с вирусассоциированными циррозами печени.

Материал и методы исследования

Обследовано 36 пациентов с ЦП, находившихся на лечении в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» в 2016 г. Среди них 25 (69,4 %) мужчин и 11 (30,6 %) женщин, возраст пациентов находится в интервале от 35 до 76 лет, средний возраст 52,1 года. Проанализированы результаты лабораторных исследований: показатели гемограммы, полученные с помощью автоматического гемоанализатора (Hb, RDW, Тр, MPV), и биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза (ЩФ), альбумин). Расчет доверительных интервалов (ДИ) проводился с помощью откорректированного метода Вальда.

Результаты исследования и обсуждение

При ЦП довольно часто выявляется анемия как следствие нарушения белкового обмена, дефицита витамина В₁₂ и фолиевой кислоты, кровотечений. Снижение гемоглобина (Hb < 120 г/л) встречалось в 52 % случаев (95 % ДИ 32–63 %). Макроцитоз, характерный для дефицита витамина В₁₂ или фолиевой кислоты, часто встречающийся при алкогольной болезни печени (MCV > 95 фл), был выявлен у 28 % пациентов (95 % ДИ 16–44 %). В гемограмме проанализирован показатель RDW-CV, характеризующий распределение эритроцитов по объему. Анизоцитоз (RDW-CV > 14 %) выявлен у 69,4 % (95 % ДИ 53–82 %) пациентов. Тромбоцитопения (Тр < 180 × 10⁹/л) определяется у 9 пациентов с классом тяжести цирроза печени С, то есть у 25 % (95 % ДИ 14–42 %). Средний объем тромбоцитов (MPV) превышает 11 фл у 53 % (95 % ДИ 37–68 %).

Повышение общего билирубина выявлено у 25 пациентов, что составляет 69,4 % (95 % ДИ 53–82 %). Повышенный уровень щелочной фосфатазы (ЩФ > 120 Ед/л) выявлен у всех 36 (100 %) пациентов (95 % ДИ 89–100 %). Повышение трансаминаз выявлено у большин-

ства пациентов. Так, повышение АсАТ отмечено у 92 % (95 % ДИ 77–98 %), а повышение АлАТ — у 66,7 % (95 % ДИ 50,2–80 %) пациентов. Коэффициент де Ритиса превышает 1 у 42 % пациентов (95 % ДИ 27–58 %). Уровни гамма-глутамилтранспептидазы (γ -ГТП) превысили нормальные значения у 58 % пациентов (95 % ДИ 42–73 %). Количество пациентов со сниженным содержанием альбумина составляет 61 % (95 % ДИ 45–75 %), а снижение общего белка наблюдается у 39 % (95 % ДИ 25–75 %) пациентов. У 100 % пациентов (95 % ДИ 89–100 %) обнаружено повышение МНО > 1,15, а снижение ПТИ < 0,8 выявлено у 58 % пациентов. Повышение γ -ГТП, превышающее по кратности повышение АлАТ, выявлено у 53 % (95 % ДИ 37–68 %) пациентов, что характерно для наличия алкогольной зависимости.

При сравнении класса тяжести заболевания по шкале Чайлд-Пью со значениями по шкале MELD, было выявлено следующее: у 7 пациентов с классом тяжести А по Чайлд-Пью, значения по шкале MELD соответствуют диапазону от 6 до 9. У 11 пациентов с классом тяжести В по Чайлд-Пью, диапазон значений по шкале MELD оказался шире — от 6 до 16. У 9 пациентов, имеющих класс тяжести С по шкале Чайлд-Пью, диапазон значений шкалы MELD оказался самым широким — от 7 до 23.

Сравнивали клинический диагноз ЦП (фиброз 4 стадии) со значениями не прямых индексов фиброза FIB-4 и APRI. Так, согласно значениям FIB-4, у пациентов с ЦП в 11 % случаев (95 % ДИ 3,8–26 %) установлен умеренный фиброз, в 89 % (95 % ДИ 74–96 %) — выраженный фиброз/цирроз печени. Тест APRI показал следующие результаты: 83 % (95 % ДИ 68–92 %) пациентов имеют выраженный фиброз или цирроз печени.

Выводы

1. При циррозе печени выявляются изменения гемограммы: анемия (52 %), макроцитоз (72 %), анизоцитоз (69,4 %), тромбоцитопения (25 %), увеличение среднего объема эритроцитов MPV (53 %).

2. В биохимическом анализе крови выявлено повышение билирубина (69,4 %), АсАТ (92 %) и АлАТ (66,7 %), щелочной фосфатазы (100 %), γ -ГТП (58 %), снижение альбумина (61 %), общего белка (39 %). Показатель МНО более чувствителен, чем ПТИ. Косвенные признаки алкогольной зависимости выявлены у 53 % пациентов.

3. Непрямые маркеры фиброза печени могут использоваться для диагностики цирроза печени. Так, коэффициент де Ритиса > 1 выявлен у 42 % пациентов, значения теста FIB-4 соответствуют выраженному фиброзу/циррозу печени у 89 %, APRI — у 83 % пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановская, И. Б. Особенности новых показателей гемограммы при циррозах печени / И. Б. Барановская, О. А. Зенцова, И. П. Сысоева // Клиническая лабораторная диагностика. — 2016. — № 10. — С. 705–706.
2. Прогностическая модель неинвазивной диагностики фиброза печени у больных хроническими вирусными гепатитами / А. А. Останин [и др.] // Медицинская иммунология. — 2008. — Т. 10, № 4–5. — С. 407–409.
3. Шептулина, А. Ф. Неинвазивная диагностика фиброза печени: роль сывороточных маркеров / А. Ф. Шептулина, Е. Н. Широкова, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерол. — 2015. — № 2. — С. 16–21.
4. Фёдоров, П. Н. Лабораторные маркеры фиброза печени / П. Н. Фёдоров, Н. А. Беляков // Мед. академический журнал. — 2014. — Т. 14, № 1. — С. 7–11.

УДК 616.32-006.6-089(476.2)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Берзняцкий А. В.¹, Коннов Д. Ю.¹, Лихошапка М. В.²

Научные руководители: В. В. Похожай, И. В. Михайлов, Е. Е. Тихманович

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак пищевода является одним наиболее часто встречающихся заболеваний пищевода. Основным методом лечения рака является экстирпация пищевода с лимфодиссекцией и