

### **Выводы**

1. У 93,3 % пациентов с подагрой выявлены сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, из них мужчин — 21 (70 %) пациент, женщин — 7 (23,3 %).

2. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний как у мужчин, так и у женщин основное место занимала ишемическая болезнь сердца (атеросклеротический кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения).

3. У пациентов с подагрой и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями выявлены изменения на электрокардиограмме: у мужчин — блокада левой ножки пучка Гиса, фибрилляция предсердий, гипертрофия левого желудочка, у женщин — атриовентрикулярная блокада 1 степени, блокада правой ножки пучка Гиса.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Кардиоваскулярный риск у больных подагрой / В. Г. Барскова [и др.] // Ожирение и метаболизм. — 2006. — С. 40.
2. Mortality due to co-ronary heart disease and kidney disease among middle-aged and elderly men and women with gout in the Singapore Chinese Health Study / G. G. Teng [et al.] // Ann. Rheum. Dis. — 2012. — P. 924–928.
3. Воробьев, П. А. Подагра в гериатрической практике: метод. рекомендации / П. А. Воробьев, В. В. Цурко, М. Е. Елисеева. — М., 2016. — Ч. I. Клин. геронтол. — С. 9–13.
4. Цурко, В. В. Рационально обоснованный подход к лечению подагры с учетом дебюта, течения и сочетанной патологии по материалам рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR, 2016) / В. В. Цурко, М. А. Громова // Терапевт. архив. — 2017. — С. 233–237.

**УДК 616.36-004-055**

## **ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ**

*Манько А. А.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева;*  
ассистент *И. Л. Мамченко***

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

### **Введение**

Гендерная медицина (от английского «gender» — «пол») является новым направлением, специализирующимся на биологических и физиологических различиях, существующих между мужчиной и женщиной. Гендерный подход в медицине предполагает взгляд на заболевание с точки зрения пола. В современном обществе в связи с ростом потребления алкоголя в популяции и, в том числе, женщинами, возникает проблема изучения гендерных аспектов. Цирроз печени (ЦП) входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35–60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100 тыс. населения. Этиологические факторы ЦП многообразны, но ведущую роль играют алкоголь и гепатотропные вирусы. В 2018 г. в Гомельской области от цирроза печени умерло 266 человек, в том числе 136 человек трудоспособного возраста.

### **Цель**

Оценить течение цирроза печени в зависимости от класса тяжести учитывая гендерные различия.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы 30 историй болезни всех пациентов с циррозом печени, находившихся на лечении в период с 28.01.2020 по 03.03.2020 гг. в гастроэнтерологическом отделении «Городская клиническая больница № 3 г. Гомель». Анализировались следующие признаки: клинические данные, наличие печеночной энцефалопатии (ПЭ), результаты ультразвуковых исследований, фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), биохимические показатели.

мических показателей крови (билирубин, АСТ, АЛТ, ПТИ, альбумин). Для статистической обработки данных применена программа «Microsoft Excel 2016».

**Результат исследования и их обсуждение**

Мужчины составили 19 (63,3 %) человек, женщины — 11 (36,6 %). Возраст пациентов: мужчины от 20 до 40 лет — 4 (21,05 %) человека, от 41 до 60 лет — 10 (52,63 %) человек, старше 61 года — 5 (26,32 %) человек; женщины от 41 до 60 лет — 6 (54,54 %) человек, старше 61 года — 5 (45,46 %) человека.

Клинико-лабораторные проявления ЦП у мужчин и женщин в зависимости от класса тяжести представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клинико-лабораторные проявления ЦП у мужчин и женщин в зависимости от класса тяжести

Признак/пол	Мужчины			Женщины		
	А	В	С	А	В	С
Класс тяжести по Child-Pugh	6 (31,58 %)	9 (47,37 %)	4 (21,05 %)	1 (9,09 %)	7 (63,64 %)	3 (27,27 %)
Этиология: — криптогенный — первичный билиарный	19 (100 %)			7 (63,64 %) 4 (36,36 %)		
ПЭ: 1ст.	—	5 (55,55 %)	4 (100 %)	—	4 (57,14 %)	2 (66,67 %)
ВРВП:						
1 ст.	5 (83,33 %)	4 (44,44 %)	—	—	1 (14,28 %)	—
2 ст.	—	—	3 (75 %)	—	—	2 (66,67 %)
Асцит:						
1 ст.	2 (33,33 %)	6 (66,67 %)	—	—	1 (14,28 %)	—
2 ст.	—	—	4 (100 %)	—	—	3 (100 %)
Билирубин (мкмоль/л)	17,07	44,72	88,93	10	54,73	100,93
АСТ (Ед/л)	17,67	64,67	51,5	30	30,29	29,67
АЛТ (Ед/л)	28,33	46,78	37	34	34,33	18
Альбумин (г/л)	37	31,33	26,25	42	32,29	24
ПТИ	0,87	0,7	0,55	0,91	0,7	0,46

Из приведенных в таблице 1 данных следует, что у всех мужчин наблюдается криптогенный ЦП. Что касается женщин, то криптогенный ЦП преобладает над первичным билиарным ЦП и составляют 63,64 и 36,36 %. Количество пациентов, находящихся в стационаре с циррозом печени класса тяжести А (по Child-Pugh) и С составили по 23,33 %, класс тяжести В — 53,33 %. ПЭ 1 степени (ст.) наблюдается только при классе тяжести В и С. При этом ПЭ проявляется чаще у мужчин чем у женщин. По данным ФГДС было выявлено, что варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) 1 ст. наблюдается при ЦП А и В класса тяжести, 2 ст. при классе тяжести С. ВРВП отмечено у 63,15 % мужчин и 27,27 % у женщин.

Проявлением портальной гипертензии является асцит — наиболее частая причина декомпенсации при ЦП. Согласно полученным результатам, асцит 1 ст. наблюдается у мужчин с классом тяжести А и В, и лишь у одной женщины с классом тяжести В. Асцит 2 ст. как у мужчин, так и у женщин наблюдается в 100 % случаев при классе тяжести С.

При оценке показателей крови были выявлены нормальные показатели билирубина в плазме крови у мужчин и женщин класса тяжести А. При классе тяжести В, наблюдается увеличение показателя билирубина в 2–2,5 раза, при этом показатели составили 44,72 мкмоль/л у мужчин и 54,73 мкмоль/л — женщин. Повышение показателя билирубина в 4–5 раз наблюдается у пациентов с классом тяжести С и составляет 88,93 мкмоль/л у мужчин и 100,93 мкмоль/л у женщин. У мужчин был отмечен повышенный уровень АСТ и АЛТ плазмы крови при классе тяжести В. В классе тяжести С наблюдается нормальный уровень АЛТ и повышенный уровень АСТ. У женщин отмечено незначитель-

ное повышение уровня АЛТ в плазме крови при классе тяжести А и В, при этом нормальный уровень АСТ. Что касается класса тяжести С, отмечается низкий уровень АЛТ и нормальный уровень АСТ плазмы крови. При нарушении биосинтетической функции печени в результате цирроза отмечается низкое содержание альбумина и протромбина в плазме крови. По полученным данным, наличие гипоальбуминемии было отмечено как у мужчин, так и у женщин с классом тяжести В и С. В отношении ПТИ снижение выявлено только у пациентов с классом тяжести С.

#### **Выводы**

Результаты исследования показывают наличие гендерных различий и различий по классу тяжести в клиническом течении ЦП. У женщин при классе тяжести А не наблюдается никаких отклонений от нормы. У мужчин при классе тяжести А показатели крови остаются в норме, а клинически у 83,33 % наблюдается ВРВП и у 33,3 % — асцит 1 ст. При классе тяжести В как у мужчин, так и у женщин наблюдается ПЭ, ВРВП и асцит 1 ст., что касается показателей крови, то у мужчин наблюдается повышение билирубина, АСТ, АЛТ и незначительное снижение альбумина. У женщин также повышается билирубин, АЛТ и снижается альбумин, а все остальные показатели находятся в норме. При классе тяжести С у всех пациентов отмечается ПЭ, ВРВП и асцит 2 ст., при биохимическом анализе крови отмечается повышение билирубина в 5 раз, увеличение АСТ только у мужчин и снижение АЛТ, альбумина и ПТИ, что говорит о выраженной печеночно-клеточной недостаточности и высокой степени цитолиза гепатоцитов.

УДК 616.132-007.64:616.12

### **РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ**

*Медведев М. А.*

**Научные руководители: ассистент Т. А. Курман;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

#### **Введение**

Аневризма брюшного отдела аорты (АБОА) — это хроническое, часто асимптомное заболевание сопряжено с повышенным риском осложнений и смертности. Брюшной отдел аорты подвержен большим колебаниям, чем другие, более мелкие и упругие артерии [1]. Абдоминальная аорта эластичнее, чем более мелкие сосуды, но более ригидна, чем грудной отдел, из-за повышенного содержания коллагена по отношению к эластину. Эти факторы создают условия, в которых брюшной отдел аорты подвергается повышенному давлению и нагрузке, что ведет к различным последствиям [2]. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, патология со стороны почек и т. д. — это факторы, которые способствуют ослаблению среднего слоя аорты [3]. Риск расслоения возрастает в результате патологических процессов, приводящих к увеличению объема левого желудочка [4].

#### **Цель**

Проанализировать индекс Робинсона (ИР) у пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты.