

лись на 2-3 сутки лечения, в то же время у пациентов без дополнительного лечения симптомы изменения личности сохранялись до 5-8 суток лечения. При проведении ТСЧ (до лечения он составил  $58,9 \pm 2,3$  сек.), после курса терапии с добавлением в стандартную схему лечения препарата холина альфоцерата составил  $39,9 \pm 1,7$  сек.

#### **Выводы:**

1. В зависимости от уровня мочевины в сыворотке крови необходим индивидуальный подход к составу рациона питания, в частности количества употребляемого белка в пищу (резкое сокращение употребления белка при резком снижении уровня мочевины до  $1,4 \pm 0,2$  ммоль/л, или при резком ее увеличении у пациентов с гепаторенальный синдром).

2. Применение препарата холина альфоцерата в составе комплексной терапии оказало положительное влияние на эффективность лечения ПЭ, тем самым значительно улучшило качество жизни пациентов с циррозом печени.

#### **Литература:**

1. Блюгер А.Ф., Новицкий Н.Н. Практическая гепатология. – Рига: Звайгзне, 1984. – С. 255-267.

2. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей / под. ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ООО «Издат. Дом «М-вести», 2002. – 416 с.

3. Кольман Я., Рем К. Наглядная биохимия. – Москва: Изд-во МИР, 2004.

4. МакНелли П.Р. Секреты гастроэнтерологии. Пер. с англ. – М.-Спб.: ЗАО Издательство БИНОМ, Невский диалект, 1998. – 1023 с.

5. Blei A.T., Cordoba J. and The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Hepatic encephalopathy // Am. J. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 96. – P. 1968-1976.

6. Poh Z., P.E.J. Chang. A Current Review of the Diagnostic and Treatment Strategies of Hepatic Encephalopathy. Int J Hepatol. 2012; 2012: 480309. Published online 2012 October 21.

7. Wen-Ce Zhou, Quan-Bao Zhang, Liang Qiao. Pathogenesis of liver cirrhosis. World J Gastroenterol. 2014 June 21; 20(23): 7312–7324. Published online 2014 June 21.

## **ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖИЛЬБЕРА И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Лемешевская З.П., Засимович Т.В., Павлюкевич Е.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Доброкачественная неконъюгированная гипербилирубинемия (синдром Жильбера) – самая частая форма наследственного пигментного гепатоза, которая выявляется с разной частотой в зависимости от популяции. Чаще встречается среди африканцев (до 40%), а среди европейцев лишь в 5% случаев.

Дебют заболевания наблюдается в юношеском и молодом возрасте, в среднем в 10 раз чаще у мужчин [1, 2].

В основе развития заболевания лежит нарушение захвата билирубина микросомами гепатоцита, иногда неполноценность фермента микросом – глюкуронилтрансферазы [2, 3]

Основным описанным симптомом данного заболевания является иктеричность склер и кожных покровов, которые периодически появляются в течение жизни. Практически не встречается описание другой симптоматики, которая присутствует у данных пациентов [4, 5].

Желчнокаменная болезнь – обменное заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное признаками нарушения обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием жёлчных камней в жёлчном пузыре (холецистолитиаз), общем жёлчном протоке (холедохолитиаз) или печёночных жёлчных протоках (внутри-печёночный холелитиаз).

Желчекаменная болезнь – достаточно распространённый диагноз, причем особенность заключается в том, что подверженность ей, как и провоцирующие ее развитие причины, отследить достаточно трудно. Дело в том, что у большинства людей желчекаменная болезнь протекает латентно, то есть в скрытой форме, без каких-либо особых проявлений. В структуре различных заболеваний, которым подвержены органы пищеварения, желчекаменная болезнь занимает значимое место именно по причине собственной распространенности [5,6,7].

Актуальность темы заключается в том, что Республика Беларусь является эндемической зоной для синдрома Жильбера, у каждого четвертого призывника Гродненской области определяется повышенный уровень неконъюгированного билирубина в крови, а терапевты зачастую кроме симптома желтухи не знают других клинических проявлений данной патологии.

Исследования такого заболевания, как ЖКБ, также актуально, особенно в условиях гастроэнтерологического стационара, так как пациенты, болеющие желчнокаменной болезнью, зачастую ожидают от оперативного лечения полного выздоровления, однако без желчного пузыря у них появляется много клинических проявлений, которые они не связывают с отсутствием этого органа.

**Цель работы** – найти и оценить особенности клинических проявлений у пациентов с синдромом Жильбера, определить связь с другими соматическими заболеваниями, в том числе с ЖКБ, при наличии и отсутствии оперативного лечения в анамнезе.

**Материалы и методы.** Основой нашей работы, носившей ретроспективный характер, стал анализ историй болезни. За 2014 г. проведен анализ 3224 историй болезни пациентов, поступивших в гастроэнтерологическое отделение Гродненской городской больницы № 4.

Из них выбрано 317 чел. с какими-либо клиническими и лабораторными проявлениями желтухи, из них пациентов с установленным синдро-

мом Жильбера было 76 чел.. Средний возраст составил  $27 \pm 11$  лет и продолжительность болезни  $7 \pm 3$  года.

Из 317 человек с желтухой выбрано 40, которые имели сопутствующий диагноз ЖКБ. Средний возраст пациентов составил  $50 \pm 9$  лет, а продолжительность болезни –  $7 \pm 3$  года.

**Результаты исследований.** Проанализированы клинические проявления ЖКБ при поступлении и получены следующие результаты: расстройства стула наблюдались у 18 чел. (45%), при этом преобладала диарея у 10 чел. (25%), 6 пациентов жаловались на запоры (15%) и 2 пациента (5%) отмечали у себя неустойчивый стул с чередованием диареи и запоров. Кроме того, встречались жалобы на тошноту, изжогу, чувство горечи во рту (у 3 пациентов данная жалоба была основной и ничем не купировалась).

Из 40 наших пациентов с ЖКБ 37,5% имеют в анамнезе холецистэктомию.

Проанализированы клинические проявления синдрома Жильбера при поступлении и получены следующие результаты: у всех пациентов обнаружена желтуха, однако также расстройства стула наблюдались у 49% чел., при этом преобладала диарея – у 27% чел., 16% пациентов жаловались на запоры и 9% пациентов отмечали у себя неустойчивый стул с чередованием диареи и запоров. 37,5% имеют в анамнезе холецистэктомию. Однако только 22,5% из пациентов с холецистэктомией в анамнезе были с расстройством стула, при этом у 6 человек была диарея, лишь у двух запоры. 77,5% пациентов имели расстройства стула при сохраненном желчном пузыре.

Подсчитана связь симптома тошноты и изжоги – с запором 0,76; и 0,68, соответственно ( $p < 0,05$ ), ощущения горечи во рту и метеоризма с диареей – 0,72 и 0,56 ( $p < 0,05$ ).

У пациентов с доброкачественной неконъюгированной гипербилирубинемией периодически появлялись проявления холестаза (зуд кожи, слабое окрашивание кала), увеличение концентрации билирубина имело прямую сильную связь с таким клиническим проявлением, как горечь во рту и ощущение изжоги, которое не проходило после приема ингибиторов протонной помпы.

#### **Выводы:**

1. Несмотря на рост количества оперативного лечения желчнокаменной болезни, хирургическое вмешательство далеко не всегда приводит к полному излечению, но не следует забывать, что кишечная диспепсия возникает и при сохраненном желчном пузыре.

2. Кроме желтухи – основного проявления данного заболевания – кишечная диспепсия возникает у пациентов с синдромом Жильбера более чем в 40% случаев.

3. Необходимо дальнейшее изучение проявлений кишечной диспепсии для адресной помощи пациентам с целью улучшения качества их жизни.

### Литература:

1. Рамазанов, В.О. Синдром Жильбера / В.О. Рамазанов, Д.М. Габитова // Журнал «Успехи современного естествознания». – 2011. – № 11 – С. 99.
2. Савченко, В.А. Огюстен Жильбер / В.А. Савченко // Газета Здоров'я України. – №9, С.60-61.
3. McNally, M.A. Biliary events and an increased risk of new onset irritable bowel syndrome: a population-based cohort study / M.A. McNally, G.R. Locke // Aliment Pharmacol. Ther. – 2008. – Vol. 28, № 3. – P. 334-343.
4. Piccinni, G. Diagnosing and treating Sphincter of Oddi dysfunction: a critical literature review and reevaluation / G. Piccinni, A. Angrisano, M. Testini // J. Clin. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 38. – P. 350-359.
5. Иванченкова, Р.А. Правомочен ли термин «постхолецистэктомический синдром» / Р.А. Иванченкова // Рос.журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – № 5. – С. 185-188.
6. Козырев, М. А. Заболевания печени и желчных путей: учебное пособие / М. А. Козырев – Мн.:Бел. Навука, 2002. – 274с.
7. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – 2-е изд., под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.

## ЭФФЕКТ МАГНИТНОГО ПОЛЯ НА СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ В УСЛОВИЯХ ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ

Лепеев В.О., Шалесная С.Я., Алещик А.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Как известно, физиологическое действие физических факторов обуславливается усиленным образованием под их влиянием активных форм веществ, участвующих в метаболизме и играющих важную роль в проявлении физиологической активности тканей, органов и систем, регуляции процессов жизнедеятельности [5]. В системных механизмах адаптации к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды важная роль принадлежит механизмам транспорта кислорода кровью, и, в частности, сродству гемоглобина к кислороду [1]. Поскольку существующие медикаментозные методы коррекции кислородтранспортной функции крови не всегда эффективны и не приносят ожидаемого результата, то в качестве альтернативного метода можно использовать магнитное поле, которое оказывает различные физиологические эффекты на организм человека, а, в частности, на систему крови. В последние годы к числу важнейших лигандов, способных определять функциональные свойства гемоглобина, относят такую сигнальную молекулу, как оксид азота (NO) [2]. Улучшение кислородного статуса организма у пациентов с сепсисом, осложненным респираторным дистресс-синдромом взрослых, при использовании магнитотерапии обусловлено ослаблением кооперативного взаимодействия