

Результаты исследования. Из 103 пациентов, у 32 (31,1%) пациентов отмечался хронический гепатит, и у 71 (68,9%) — цирроз печени. Медиана возраста составила у мужчин — 45 лет, у женщин — 50,5 года. Хронический гепатит был выявлен у 17 мужчин и 15 женщин, цирроз печени у 41 мужчины и 30 женщин.

У 61 пациентов (59,22%) имелась анемия (HGB < 120 г/л). При хроническом гепатите анемия выявлялась у 11 больных из 32 (34,4%), и чаще была макроцитарной гиперхромной (54,54%), реже — нормоцитарной нормохромной (36,36%) и только в одном случае — микроцитарной гипохромной. Преобладала анемия легкой степени (72,73%), реже — средней тяжести (27,27%), тяжелая анемия не отмечалась.

При циррозе печени анемия регистрировалась у большинства больных — 50 пациентов из 71 (70,42%), что было чаще ($p < 0,05$), чем при хроническом гепатите. Микроцитарная гипохромная анемия наблюдалась у 18,0%, макроцитарная гиперхромная — у 50,0% и нормоцитарная нормохромная — у 32,0%. В 4,0% выявлена анемия тяжелой степени, в 34,00% — средней степени и у 62,00% — легкая.

При корреляционном анализе, отмечалась обратная достоверная связь между уровнем гемоглобина и эритроцитов с уровнем прямого билирубина, щелочной фосфатазы, АСТ. Прямая связь между количеством эритроцитов и ПТИ.

Все больные с анемией по сравнению с пациентами, не имеющими ее, находились в стационаре на 4–6 дней больше.

Выводы. Хронический гепатит и цирроз печени часто сопровождаются анемией, которая в большинстве случаев носит макроцитарный гиперхромный характер. Частота анемии при циррозе печени существенно выше, чем при хроническом гепатите. Анемия может быть дополнительным критерием тяжести поражения печени у данного контингента больных.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ И НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Миллер Д. А., д. м. н, профессор;
Колесная Т. М., очный аспирант;
Галочкина А. Б., очный аспирант
Тверская ГМА, Россия
E-mail: miller.4747@mail.ru*

Хронический гепатит (ХГ) и цирроз печени (ЦП) оказывают существенное влияние на состояние пищевода, желудка, 12-перстной кишки, приводя к значительным морфофункциональным изменениям в этих органах, что способствует более тяжелому течению ХГ и ЦП.

Целью работы было на основании эзофагогастродуоденоскопии и биохимических исследований определить выраженность структурных повреждений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных ХГ и ЦП.

Материал и методы исследования. Обследовано 87 пациентов. ХГ выявлен у 31 больного, средний возраст которых составил у 17 мужчин 50 лет, у 14 женщин — 52 года. ЦП диагностирован у 56 пациентов, возраст которых в среднем был равен у 29 мужчин 49 годам, у 27 женщин — 45 лет.

Результаты исследования. Было выявлено, что при ХГ наиболее часто воспалительно-эрозивно-язвенные повреждения пищевода (141%), желудка (165%), 12-перстной кишки (94%) отмечались у мужчин по сравнению с женщинами — 14, 114, 50% соответственно.

У пациентов с установленным диагнозом ЦП чаще встречались нарушения слизистой оболочки воспалительно-эрозивно-язвенного характера и наличия варикозно расширенных вен пищевода (165%), желудка (176%), 12-перстной кишки (121%) у мужчин, чем у женщин — 130, 176, 93%.

Определение у этих больных АЛТ-трансферазы показало, что наибольшие ее значения имеются у мужчин с ХГ 124,1 ммоль/л и ЦП — 195 ммоль/л по сравнению с женщинами — 117 и 163 ммоль/л. Изучение количества тромбоцитов и уровня протромбинового индекса (ПТИ), как показателей выраженности фиброза печени установило, что меньшее число кровяных пластинок было у мужчин и при ЦП. Так, при ХГ у лиц мужского пола их было $154,3 \cdot 10^3/\text{мм}^3$, у женщин — $173 \cdot 10^3/\text{мм}^3$, при ЦП соответственно 132,7 и $149 \cdot 10^3/\text{мм}^3$. ПТИ при этом равнялся у мужчин 84,6 и 85,7% у женщин при ХГ и 73,7 и 76% при ЦП у мужчин и женщин соответственно.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что повреждения пищевода, желудка, 12-перстной кишки у больных ХГ и ЦП носят генерализованный характер и проявляются воспалительно-эрозивно-язвенными повреждениями слизистой оболочки этих отделов ЖКТ. При этом установлено, что они носят явно гендерный характер: у мужчин они более выражены, чем у женщин и обусловлены тяжестью течения заболеваний. При ЦП признаки повреждения верхних отделов ЖКТ, параметры активности воспаления и выраженности фиброза печени существенно выше. Полученные данные следует учитывать при назначении комплексного патогенетического лечения у пациентов с ХГ и ЦП.