

обструкцией бронхов достоверно чаще здоровых имеют избыточную массу тела и АГ. У женщин избыточная масса тела является строгим фактором риска обструкции бронхов в возрастной группе 40–44 года ($\chi^2=37,4$; $p<0,001$). Мужчины с обструктивными заболеваниями легких и избыточной массой тела имели системную АГ в 42% случаев, женщины аналогичной группы – в 37,5% ($p>0,05$).

Для выявления возможной взаимосвязи проанализированы показатели петли «поток – объем» у обследованных без бронхолегочной патологии и больных хроническими обструктивными заболеваниями легких в зависимости от величины АД и ИМТ. Методом выборки копии-пары внутри каждой группы подбирались лица одного пола, возраста и массы тела, но с различными показателями диастолического АД (от 80 мм рт. ст. и выше с интервалом 5 мм рт. ст.). Корреляционных связей между данными параметрами выявлено не было.

Анализ литературных данных свидетельствует о наличии при хронических обструктивных заболеваниях легких условий, способствующих реализации факторов риска и формирования АГ. Основными патогенетическими механизмами развития и прогрессирования АГ при бронхиальной обструкции являются оксидативный стресс, воспаление, артериальная гипоксемия и гиперкапния, повышение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, симпатической нервной системы, нарушение гемодинамики в малом круге, микроциркуляторные и гемореологические нарушения [3, 6, 7, 11, 12, 13]. Вероятно, именно этим можно объяснить более высокую распространенность системной АГ при обструкции бронхов по отношению к популяционному показателю.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Согласно данным популяционного исследования, бронхообструктивный синдром у мужчин обнаруживается в 2 раза чаще, чем у женщин.
2. Частота обструкции бронхов и у мужчин, и у женщин достоверно увеличивается с возрастом.
3. Системная АГ при обструктивных заболеваниях легких выявляется у мужчин в 2,4 раза, а у женщин в 2,8 раза чаще, чем в популяции.
4. Обнаружена высокая частота сочетания бронхиальной обструкции, избыточной массы тела и системной артериальной гипертензии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С. А., Оганов Р. Г. Опыт профилактики сердечно – сосудистых заболеваний в стране // Тер. архив. – 2012. – № 9. – С. 4–10.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Российские рекомендации (четвертый пересмотр). – 2010.
3. Задионченко В. С., Адашева Т. В., Шилова Е. В. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными болезнями легких // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 9. – С. 535–538.
4. Канаев Н. Н. Критерии оценки показателей дыхания: методика и диагностические возможности спирографического исследования // Функциональное исследование дыхания в пульмонологической практике: Сб. науч. тр. / Под ред. Н. Н. Канаева. – Л., 1976. – С. 9–23.
5. Кароли Н. А., Ребров А. П. Артериальная гипертензия у пациентов с бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких // Клиницист. – 2011. – № 2. – С. 20–30.
6. Клестер Е. Б., Шойхет Я. Н. Артериальная гипертензия у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ишемической болезнью сердца // Терапевтический архив. – 2008. – № 9. – С. 13–17.
7. Ратова Л. Г., Зыков К. А., Долгушев Ю. А., Агапова О. Ю., Назаров Б. М., Чазова И. Е. Артериальная гипертензия и бронхо-обструктивная патология – особенности клинической картины // Системные гипертензии. – 2012. – № 1. – С. 54–58.
8. Antonelli Incalzi R., Fuso L., De Rosa M., Comorbidity contributes to predict mortality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Eur. res. j. – 1997. – Vol. 10. – P. 2794–2800.
9. Global Initiative for asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention // Update. – Dec. 2011. – 108 p.
10. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) // Update. – Dec. 2011. – 119 p.
11. Paredi P., Kharitonov S. A., Leak D. Exhaled ethane, a marker of lipid peroxidation, is elevated in chronic obstructive pulmonary disease // Am. j. respir. crit. care med. – 2000. – Vol. 162. – P. 369–377.
12. Gan W., Man S., Senthilselvan A., Sin D. The association between chronic obstructive pulmonary disease and inflammation: a systematic review and a meta-analysis // Thorax. – 2004. – Vol. 59. – P. 574–580.

Поступила 06.05.2013

К. С. БОНДАРЕВА, П. В. ЛЕБЕДЕВ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: Lebedev_VV@mail.ru

Представлены результаты анализа клинических симптомов и синдромов у 112 больных хроническими диффузными заболеваниями печени: 56 пациентов с хроническим гепатитом и 56 – с циррозом печени. Установлены клинические особенности хронического гепатита и цирроза печени в сравнительном аспекте, что может способствовать совершенствованию диагностической и терапевтической тактики у этих больных.

Ключевые слова: хронический гепатит, цирроз печени, клинические проявления.

THE CLINICAL PROFILE OF CHRONIC HEPATITIS AND CIRRHOSIS
OF VARIOUS ETIOLOGY

Department of infectious diseases and epidemiology at the advanced training and professional retraining faculty of the state-funded educational institution of higher vocational education «Kuban state medical university» of the Ministry of healthcare of Russian Federation, Russia, 350063, Krasnodar, 4, Sedina str. E-mail: Lebedev_VV@mail.ru

We present the analysis result of clinical presentations and syndromes in 112 patients with chronic diffuse liver diseases: 56 patients with chronic hepatitis and 56 patients with liver cirrhosis. We found clinical distinctions between chronic hepatitis and liver cirrhosis, that could improve diagnostic and therapeutic tactics in patients with these diseases.

Key words: chronic hepatitis, liver cirrhosis, clinical aspects.

Введение

Спектр хронических воспалительных заболеваний печени очень широк: от острого до хронического гепатита (ХГ) и в конечном счёте до цирроза печени (ЦП). Завершающая стадия фиброза печени (ФП), которая клинически манифестируется ЦП и его осложнениями (печёночная недостаточность и портальная гипертензия), во многом предопределяет плохой жизненный прогноз и короткие сроки актуальной выживаемости данной группы больных. ЦП чаще наблюдается у мужчин после 40 лет, однако в последние годы всё больше случаев данного заболевания, которое в конечном счёте приводит к инвалидизации, встречается в молодом, трудоспособном возрасте. В экономически развитых странах ЦП входит в число 8 основных причин смерти пациентов в возрасте 35–60 лет и составляет от 14 до 30 на 100 000 человек. В мире ежегодно умирают 40 млн. человек от ЦП вирусной этиологии и гепатоцеллюлярной карциномы. Длительность жизни свыше 5 лет с момента установления диагноза отмечается у 60% больных алкогольным и у 30% больных вирусным ЦП. При развитии асцита лишь четвертая часть больных переживает 3 года. Частота ЦП, по данным вскрытий, составляет около 3%. В зависимости от активности процесса течение заболевания может быть длительным – в течение нескольких десятилетий или очень непродолжительным – 1–2 года [3, 9, 10, 12]. Основными причинами ФП у лиц, проживающих в индустриально развитых странах, являются хронический гепатит С (ХГС), злоупотребление алкоголем и неалкогольный стеатогепатит [4, 7, 13].

В настоящее время диагностика ЦП строится по клиническим, морфологическим, инструментальным и лабораторным признакам. Однако количество этих признаков, степень их выраженности и диагностическая значимость определяются врачом, то есть субъектом, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Известно, что максимально ранняя диагностика перехода ХГ в ЦП позволяет провести комплекс лечебных мероприятий, направленных на уменьшение степени прогрессирования фиброзных процессов в печени, результатом которых является продолжение жизни и трудоспособности больных [1, 5, 6, 8].

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в 2009–2011 гг. на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С. В. Очаповского» министерства

здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар), государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая инфекционная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар), негосударственного учреждения здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО «РЖД» (г. Краснодар).

В настоящей работе представлены результаты обследования 112 больных хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП), из них у 56 (50,0%) человек имел место ХГ (мужчин – 29, женщин – 27, средний возраст – $42,1 \pm 1,96$ года) и у 56 (50,0%) – ЦП (мужчин – 36, женщин – 20, средний возраст – $52,1 \pm 1,49$ года).

По степени клинико-биохимической активности больные ХГ распределялись на 4 группы: с минимальной, слабо выраженной, умеренно выраженной и выраженной активностью (А. Г. Рахманова и соавт., 2006; М. Г. Авдеева и соавт., 2009) [2, 11].

ХГ минимальной степени активности у наблюдавшихся больных не регистрировался, слабо выраженная клинико-биохимическая активность имела место у 26 (46,4%), умеренная – у 16 (28,6%), выраженная – у 14 (25,0%) больных. В группе больных ХГ гепатит В выявлен у 11 (19,6%), гепатит С – у 13 (23,2%), гепатит В + С – у 1 (1,8%) человека. ЦП в стадии А по классификации Чайлд-Пью зарегистрирован в 16 (28,6%), в стадии В – в 16 (28,6%), в стадии С – в 9 (16,0%) случаях. В группе больных ЦП маркеры гепатита В были у 7 (12,5%), гепатита С – у 21 (37,5%), гепатита В + С – у 1 (1,8%) больного.

Комплексное обследование пациентов включало общеклиническое обследование (оценка жалоб пациентов и данных физикального обследования), общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение в сыворотке крови маркеров вирусных гепатитов (HBsAg, AntiHCV сум., NS3, NS4, NS5, HCV РНК, HBV ДНК), ультрасонографическое исследование органов брюшной полости, эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, морфологическое и гистохимическое исследование печёночного биоптата (70 больных). Полученные результаты обрабатывались в программе «Microsoft Excel». Вычисление статистических показателей производилось по стандартной методике; использовались среднее арифметическое и ошибка среднего арифметического; для оценки достоверности различий – критерий Стьюдента (t), оценка связи между признаками проводилась по методу четырех полей

путем вычисления коэффициента ассоциации (Q). Связь между признаками (показателями) при Q от 0 до 0,29 расценивалась как слабая, от 0,3 до 0,69 – умеренная, от 0,7 до 1,0 – сильная.

Цель исследования – совершенствование диагностической и терапевтической тактики у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени путем установления клинических особенностей хронического гепатита и цирроза печени в сравнительном аспекте.

Результаты исследований

Клинически у обследованных больных регистрировали преимущественно болевой, диспепсический и астенический синдромы. Болевой синдром в целом более характерен для пациентов с ЦП (табл. 1). Большинство больных как с ХГ, так и с ЦП предъявляли жалобы на боли в правом подреберье (практически с одинаковой частотой, Q=0,15) и эпигастральной области (несколько чаще у больных с ЦП, Q=0,47).

Боли в левом подреберье и околопупочной области у больных с ХГ наблюдались в единичных случаях, в основном такая локализация ассоциировалась с наличием ЦП (Q=0,81 и Q=0,77 соответственно). Говоря о характере боли, обычно больные как с ЦП, так и с ХГ отмечали их либо постоянный, ноющий характер, либо, несколько реже, тупой, давящий. Схваткообразные боли встречались значительно реже как у пациентов с ХГ (16,1%), так и у пациентов с ЦП (39,3%). Треть больных в обеих группах отмечали слабую выраженность болевого синдрома. В остальных случаях умеренную интенсивность боли несколько чаще отмечали пациенты с ХГ (Q=0,51), а выраженную – с ЦП (Q=-0,43). У большинства больных с ХГ (69,6%) связь между болью и приемом пищи отсутствовала, напротив, три четверти пациентов с ЦП жаловались на возникновение болевого синдрома после приема пищи. Также у больных с ЦП возникновение болевого синдрома несколько чаще ассоциировалось с физической нагрузкой

Таблица 1

Болевой синдром у обследованных больных

Характеристики болевого синдрома	Больные с ХГ, n=56		Больные с ЦП, n=56		Q
	Есть, n (%)	Нет, n (%)	Есть, n (%)	Нет, n (%)	
Локализация					
Эпигастральная область	40 (71,4)	16 (28,6)	49 (87,5)	7 (12,5)	-0,47
Правое подреберье	47 (83,9)	9 (16,1)	49 (87,5)	7 (12,5)	-0,15
Левое подреберье	4 (7,1)	52 (92,9)	24 (42,9)	32 (57,1)	-0,81
Околопупочная область	1 (1,8)	55 (98,2)	7 (12,5)	49 (87,5)	-0,77
Характер					
Постоянные, ноющие	34 (60,7)	22 (39,3)	48 (85,7)	8 (14,3)	-0,59
Приступообразные, схваткообразные	9 (16,1)	47 (83,9)	22 (39,3)	34 (60,7)	-0,54
Тупые, давящие	33 (58,9)	23 (41,1)	43 (76,8)	13 (23,2)	-0,39
Интенсивность					
Слабая	19 (33,9)	37 (66,1)	21 (37,5)	35 (62,5)	-0,08
Умеренная	24 (42,9)	32 (57,1)	11 (19,6)	45 (80,4)	0,51
Выраженная	13 (23,2)	43 (76,8)	24 (42,9)	32 (57,1)	-0,43
Связь с приемом пищи					
Отсутствует	39 (69,6)	17 (30,4)	14 (25,0)	42 (75,0)	0,75
После приема пищи	17 (30,4)	39 (69,6)	42 (75,0)	14 (25,0)	-0,75
Связь с физической нагрузкой					
Есть	32 (57,1)	24 (42,9)	45 (80,4)	11 (19,6)	-0,51
Нет	24 (42,9)	32 (57,1)	11 (19,6)	45 (80,4)	0,51
Купирование болей					
Лекарственными средствами	32 (57,1)	24 (42,9)	33 (58,9)	23 (41,1)	-0,04
Рвотой	5 (8,9)	51 (91,1)	9 (16,1)	47 (83,9)	-0,32
Проходят самостоятельно	19 (33,9)	37 (66,9)	14 (25,0)	42 (75,0)	0,21

Диспепсический и астенический синдромы у обследованных больных

Характеристики	Больные с ХГ, n=56		Больные с ЦП, n=56		Q
	Есть, n (%)	Нет, n (%)	Есть, n (%)	Нет, n (%)	
Диспепсический синдром					
Изжога	11 (19,6)	45 (80,4)	19 (33,9)	37 (66,1)	-0,35
Отрыжка	12 (21,4)	44 (78,6)	19 (33,9)	37 (66,1)	-0,31
Тошнота	23 (41,1)	33 (58,9)	24 (42,9)	32 (57,1)	-0,04
Сухость во рту	3 (5,4)	53 (94,6)	7 (12,5)	49 (87,5)	-0,43
Горечь во рту	10 (17,9)	46 (82,1)	14 (25,0)	42 (75,0)	-0,21
Рвота	5 (8,9)	51 (91,1)	10 (17,9)	46 (82,1)	-0,38
Снижение аппетита	14 (25,0)	42 (75,0)	16 (28,6)	40 (71,4)	-0,09
Чувство тяжести, распирания, полноты в эпигастрии	50 (89,3)	6 (10,7)	51 (91,1)	5 (8,9)	-0,10
Метеоризм	17 (30,4)	39 (69,6)	27 (48,2)	29 (51,8)	-0,36
Запоры	10 (17,9)	46 (82,1)	8 (14,3)	48 (85,7)	0,13
Поносы	3 (5,4)	53 (94,6)	6 (10,7)	50 (89,3)	-0,36
Неустойчивый стул	6 (10,7)	50 (89,3)	3 (5,4)	53 (94,6)	0,36
Астенический синдром					
Общая слабость, быстрая утомляемость	49 (87,5)	7(12,5)	55 (98,2)	1 (1,8)	-0,77
Снижение памяти, концентрации внимания	25 (44,6)	31 (55,4)	44 (78,6)	12 (21,4)	-0,64
Нарушение сна	5 (8,9)	51 (91,1)	21 (37,5)	35 (62,5)	-0,72
Понижение настроения, раздражительность	25 (44,6)	31 (55,4)	48 (85,7)	8 (14,3)	-0,76
Тенденция к похуданию	13 (23,2)	43 (76,8)	9 (16,1)	47 (83,9)	0,22
Субфебрилитет	12 (21,4)	44 (78,6)	15 (26,8)	41 (73,2)	-0,15

(Q=0,51). Большинство пациентов в обеих группах – 32 пациента с ХГ (57,1%) и 33 с ЦП (58,9%) – при купировании болей пользовались лекарственными средствами, хотя у трети больных с ХГ и у четверти с ЦП боли проходили самостоятельно.

Диспепсический синдром (табл. 2) у девяти из десяти больных обеих групп характеризовался чувством тяжести, распирания и полноты в эпигастральной области. Второй по частоте симптом – тошнота – также встречался в обеих группах, был выявлен у 41,1% больных с ХГ и у 42,9% больных с ЦП. Третий по частоте симптом – метеоризм – несколько чаще ассоциировался с наличием цирроза (Q=0,36), зарегистрирован только у трёх из десяти пациентов с ХГ и почти у половины пациентов с ЦП. Остальные симптомы наблюдались у трети или менее больных в обеих группах. Сухость во рту, рвота, изжога, отрыжка, поносы несколько чаще встречались у больных с ЦП, для этих симптомов зафиксирована ассоциативная связь умеренной силы с развитием ЦП, во всех остальных случаях связь была слабой.

Проявления астенического синдрома (общая слабость, быстрая утомляемость, недомогание и др.) являются частыми, а нередко и единственными признаками ХДЗП. Одним из наиболее часто встречающихся симптомов в обеих группах была быстрая утомляемость, определяющая снижение трудоспособности, снижение объема доступной физической активности, появление ощущения слабости, недомогания, особенно во второй половине дня – при ЦП у 98,2% больных и ХГ у 87,5% больных. Мы обратили внимание, что у больных с ЦП чаще регистрировалось снижение памяти и концентрации внимания (у трех из четырех больных с ЦП и только у половины больных с ХГ, Q=0,64).

Нарушение сна («зыбкость» сна, отсутствие ощущения утренней свежести, сонливость днем) зафиксировано более чем у трети пациентов с ЦП и только у каждого десятого пациента с ХГ (Q=0,72). Понижение настроения, раздражительность встречались менее чем у половины больных с ХГ и в то же время у 85,7% больных с ЦП (Q=0,76). Тенденция к похуданию

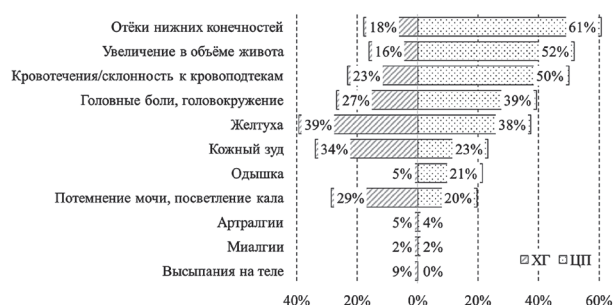
Данные физикального обследования в сравниваемых группах больных

Характеристики	Больные с ХГ, n=56		Больные с ЦП, n=56		Q
	Есть, n (%)	Нет, n (%)	Есть, n (%)	Нет, n (%)	
Телосложение					
Астеническое	2 (3,6)	54 (96,4)	1 (1,8)	55 (98,2)	0,34
Гиперстеническое	31 (55,4)	25 (44,6)	32 (57,1)	24 (42,9)	-0,04
Нормостеническое	23 (41,1)	33 (58,9)	23 (41,1)	33 (58,9)	0
Признаки полигиповитаминоза	12 (21,4)	44 (78,6)	26 (46,4)	30 (53,6)	-0,52
Желтушность кожных покровов и слизистых	30 (53,6)	26 (46,4)	45 (80,4)	11 (19,6)	-0,56
Телеангиоэктазии	17 (30,4)	39 (69,6)	32 (57,1)	24 (42,9)	-0,51
Пальмарная эритема	5 (8,9)	51 (91,1)	14 (25,0)	42 (75,0)	-0,55
Болезненность при пальпации					
Левое подреберье	19 (33,9)	37 (66,1)	16 (28,6)	40 (71,4)	0,12
Правое подреберье	46 (82,1)	10 (17,9)	54 (96,4)	2 (3,6)	-0,71
Эпигастральная область	38 (67,9)	18 (32,1)	47 (83,9)	9 (16,1)	-0,42
Околопупочная область	10 (17,9)	46 (82,1)	10 (17,9)	46 (82,1)	0
Отсутствует	2 (3,6)	54 (96,4)	2 (3,6)	54 (96,4)	0
Гепатомегалия	40 (71,4)	16 (28,6)	44 (78,6)	12 (21,4)	-0,19
Спленомегалия	20 (35,7)	36 (64,3)	38 (67,9)	18 (32,1)	-0,58
Наличие асцита	5 (8,9)	51 (91,1)	36 (64,3)	20 (35,7)	-0,90

и субфебрилитет встречались в обеих группах одинаково нечасто, менее чем у четверти пациентов.

Наиболее часто больные с ЦП жаловались на отеки нижних конечностей (61%), увеличение в объеме живота (52%), носовые кровотечения, кровотечения из десен, склонность к кровоподтекам (50%). При этом больные с ХГ предъявляли схожие жалобы значительно реже – в 16–23% случаев (рисунок). В целом пациенты с ХГ предъявляли жалобы реже, чем пациенты с ЦП. Наиболее часто регистрируемые жалобы в этой группе – желтуха (39%), кожный зуд (34%), потемнение мочи, посветление кала (29%) – у больных с ЦП регистрировались примерно с той же частотой. На одышку больные обеих групп жаловались нечасто, но больше – больные с ЦП – 21% против 5% ($Q=0,66$). Одинаково редко пациенты обеих групп предъявляли жалобы на артралгии, миалгии, высыпания на теле.

При сравнительном анализе объективного статуса больных также были выявлены некоторые различия между группами (табл. 3). В обеих группах преобладали пациенты с гиперстеническим телосложением – 55,4% больных с ХГ и 57,1% больных с ЦП, много было пациентов и с нормостеническим телосложением – по 41,1%, астеническое телосложение встречалось редко. У пятой части больных с ХГ и почти у половины больных с ЦП ($Q=0,52$) при осмотре выявлены признаки полигиповитаминоза и недостаточности микроэлементов в виде сухости и шелушения кожи, гиперкератозов,



Жалобы общего характера у обследованных больных

дерматитов, ломкости ногтей, выпадения волос, хейлитов, глосситов.

Желтушность неба, кожных покровов и слизистых оболочек, наличие единичных телеангиоэктазий на коже лица, шеи и груди, пальмарной эритемы также несколько чаще регистрировались у больных с ЦП: $Q=0,56$, $Q=0,51$, $Q=0,55$ соответственно. Желтушность в сравниваемых группах встречалась достаточно часто – у половины пациентов с ХГ и у четырех из пяти пациентов с ЦП.

При пальпации у пациентов обеих групп болезненность чаще всего определялась в правом подреберье (в 82,1% и 96,4% случаев у больных с ХГ и с ЦП соответственно) или в эпигастральной области (в 67,9% и 83,9% случаев у больных с ХГ и с ЦП соответственно). На болезненность в левом подреберье указывали

примерно треть больных в обеих группах, 10 пациентов (17,9%) в обеих группах – на болезненность в околопупочной области, 2 человека с ХГ и 2 человека с ЦП на болезненность при пальпации жалоб не предъявляли.

Если гепатомегалия встречалась в обеих группах практически с одинаковой частотой ($Q=0,19$), то спленомегалия и асцит – чаще у больных с ЦП ($Q=0,58$ и $Q=0,90$ соответственно).

Обсуждение результатов

Боли у больных с ЦП чаще отмечались во всех отделах живота, а у больных с ХГ обычно локализовались в правом подреберье и эпигастральной области. У больных с ХГ они носили постоянный, ноющий, давящий характер и имели преимущественно слабую или выраженную интенсивность. У пациентов с ЦП помимо постоянных, ноющих и давящих болей часто отмечались приступообразные, схваткообразные боли разной, у многих высокой интенсивности. Выявлена сильная ассоциативная связь между наличием ЦП и болью после приема пищи, болями в левом подреберье и околопупочной области. Также у большинства больных с ЦП боль имела связь с физической нагрузкой. Болевой синдром в обеих группах чаще купировался приемом препаратов (спазмолитиков, анальгетиков и ферментных препаратов) или проходил самостоятельно.

Характерные для диспепсического синдрома симптомы регистрировались несколько чаще в группе больных с ЦП, однако в целом следует признать, что дифференцировать ХГ и ЦП на основании рассмотренных проявлений диспепсического синдрома затруднительно, ни в одном случае не удалось установить сильной ассоциативной связи между наличием либо отсутствием признака и развитием ЦП.

В то же время астенизация пациентов с ЦП по сравнению с больными с ХГ представлялась весьма заметной. Развитие и прогрессирование таких симптомов астенического синдрома, как общая слабость, быстрая утомляемость, снижение памяти, концентрации внимания, нарушение сна, понижение настроения, раздражительность, свидетельствуют о прогрессировании ХГ в ЦП. При этом тенденция к похуданию и субфебрилитет, по нашим данным, беспокоили одинаково часто больных обеих групп.

Рассматривая жалобы общего характера, мы обратили внимание, что на отеки нижних конечностей, увеличение в объеме живота, носовые кровотечения, кровотечения из десен, склонность к кровоподтекам существенно чаще жаловались именно пациенты с ЦП, а наиболее частые жалобы в группе больных с ХГ (желтуха, кожный зуд, потемнение мочи, посветление кала) регистрировались у больных с ЦП приблизительно с той же частотой. Из редких жалоб наибольшую ценность в плане диагностики развития ЦП представляет одышка.

При физикальном обследовании у пациентов с ЦП несколько чаще выявлялись признаки полигиповитаминоза и недостаточности микроэлементов, что, вероятно, может быть связано с диетическими ограничениями больных, а также с нарушением процессов пищеварения. Кроме того, при ХДЗП, особенно ЦП, страдает микробный пейзаж кишечника, развивается дисбактериоз, что способствует дальнейшему прогрессированию синдромов мальдигестии и мальабсорбции. Желтушность неба, кожных покровов и слизистых оболочек, наличие единичных телеангиоэктазий на коже лица, шеи и груди, наличие пальмарной эритемы также несколько чаще регистрировались у больных с ЦП. При

пальпации живота болезненность в правом подреберье и эпигастральной области встречалась у пациентов обеих групп, но всё же несколько чаще – у больных с ЦП. Чувствительность в остальных отделах живота была приблизительно одинакова в обеих группах. Если гепатомегалия встречалась в обеих группах также практически с одинаковой частотой, то спленомегалия и асцит обычно сопутствовали развитию ЦП.

Таким образом, клинические симптомы при ХДЗП встречаются с различной частотой и в различных комбинациях. Анализ проявлений болевого, диспепсического и астенического синдромов имеет важное значение в оценке тяжести состояния больных, постановке диагноза, клинической диагностике перехода ХГ в ЦП. Выявлена сильная ассоциативная связь между наличием ЦП и такими клиническими признаками, как боль после приема пищи, боли в левом подреберье и околопупочной области, нарушение сна, раздражительность, наличие асцита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Д. Т. Противовирусная терапия и регресс фиброза печени при хроническом гепатите В // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2010. – Т. 20. № 1. – С. 14–21.
2. Авдеева М. Г. Вирусные гепатиты: стратегия и тактика терапии, организация медицинской помощи: Пособие для врачей / М. Г. Авдеева, В. Н. Городин, Е. Н. Редько, С. Н. Стриханов, Т. М. Моренец. – Краснодар: ООО «Качество», 2009. – 262 с.
3. Бессонова Е. Н., Кокина К. Ю. Современные возможности оценки тяжести состояния и прогноза жизни больных циррозом печени в терминальной стадии // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2012. – № 5. – С. 19–26.
4. Вялов С. С. Стеатогепатиты и НАЖБП: тактика лечения на поликлиническом этапе // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2012. – № 1. – С. 100–105.
5. Вялов С. С. Клинико-патофизиологические аспекты гепатопротективной терапии у лиц молодого возраста // Доктор. Ру: Журнал. – М.: НП «Русмедикал групп», 2011. – № 5 (64). – С. 42–48.
6. Исаков В. А. Как определять выраженность фиброза печени и зачем? // Клини. гастроэнтерол., гепатол. – 2008. – Т. 1. № 2. – С. 72–75.
7. Ивашкин В. Т., Маевская М. В. Алкогольновирусные заболевания печени. – М.: Литтерра, 2007. – 160 с.
8. Кучерявый Ю. А., Стукова Н. Ю., Ахтаева М. Л. Хронический гепатит, цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома – звенья одной цепи // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2012. – № 5. – С. 3–12.
9. Курышева М. А. Фиброз печени: прошлое, настоящее и будущее // РМЖ. – 2010. – № 28. – С. 1713–1717.
10. Мироджов Г. К., Аvezов С. А., Тухтаева Н. С., Бахтибеков А., Гиясов М. М. Продолжительность жизни больных и прогностическое значение проявлений и осложнений цирроза печени // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2010. – Т. 20. № 5. – С. 27–33.
11. Рахманова А. Г. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени: Рук. для врачей / А. Г. Рахманова, А. А. Яковлев, Е. Н. Виноградова, А. Е. Борисов, В. А. Кашенко; под редакцией А. Г. Рахмановой. – СПб: СпецЛит, 2006. – 413 с.
12. Яковенко Э. П. Цирроз печени // Медицинский вестник. – 2008. – Т. 35. № 432. – С. 9–10.
13. McCall B. EASL 2009: Alcoholic liver cirrhosis with variceal bleeding and ascites has increased mortality // European association for the study of the Liver 44th annual meeting. Poster displayed. – April 25. – 2009.