

плата и рост цен на продукты и товары. Это свидетельствует о том, что, хотя на данный момент большинство студентов и удовлетворены своим финансовым положением, их беспокоит, что ситуация может измениться.

Помимо проблем, касающихся финансовой части, студентов беспокоят кризис морали, культуры, нравственности, коррупция, взяточничество, рост наркомании, ухудшение состояния окружающей среды и многие другие серьезные проблемы.

Столь высокий показатель уровня недовольства повышает вероятность появления протестных настроений среди студентов, как представителей молодежи.

Список литературы

1. Толерантность / под ред. М. П. Мчедлова. — М. : Республика, 2004. — 416 с.
2. Nie, H. Education and Democratic Citizenship in America / H. Nie, J. Junn, K. Stehlik-Barry. — University of Chicago Press, 1996.
3. Гершунский, Б. С. Толерантность в системе ценностно-целевых приоритетов образования // Педагогика. — 2002. — № 7. — С. 3–12.
4. Асмолов А. Г., Солдатова Г. У., Шайгерова Л. А. О смыслах понятия «толерантность» // Век толерантности. — М. : МГУ, 2001. — № 1.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ С И В

**В. Н. Козько, О. Н. Винокурова,
А. О. Соломенник, С. А. Минакова**

Научный руководитель: В. Н. Козько, д. м. н., профессор
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней
г. Харьков, Украина

Проблема хронических вирусных гепатитов в последние годы приобретает особую актуальность как для экономически развитых, так и для развивающихся стран за счет стремительного роста числа инфицированных. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) акцентирует внимание на пять вирусов гепатита, которые могут вызывать хроническое поражение печени и ежегодно становятся причиной 1,4 млн смертельных случаев. Некоторые из этих вирусов гепатита, прежде всего вирусы типа С и В, могут вызвать хронический процесс в печени с исходом в цирроз и первичный рак печени, что приводит к значительным медицинским расходам для со-

тен миллионов людей во всем мире [1]. В Украине заболеваемость хроническими гепатитами среди взрослого населения и подростков составляет около 55,6 случая на 100 000 населения [2]. Приблизительно 1/3 населения земного шара имеет серологическое подтверждение перенесенной или текущей инфекции вирусом гепатита В. Около 600 000 человек ежегодно умирает от острых или хронических последствий гепатита В. По данным разных авторов, после острого гепатита В у 4–18 % развиваются обострения и рецидивы, у 11 % — хронизация процесса, после чего у 20 % — цирроз печени, у 30 % — первичный рак печени. Согласно данным ВОЗ, распространенность ВГС-инфекции достигает 3 % среди общей популяции, колеблясь в пределах 1–10 % в зависимости от региона. Согласно последним данным, вирусом гепатита С в мире инфицировано более 200 млн человек, и более 350 тыс. человек умирают от связанных с вирусом гепатита С поражений печени. Гепатит С в более чем 70 % случаев ведет к хронизации процесса, а в терминальной стадии — в 40 % к развитию цирроза печени и в 60 % случаев — к развитию гепатоцеллюлярной карциномы [3]. Общее количество больных гепатитами В и С в мире превышает в 15–16 раз количество ВИЧ-инфицированных. При этом 57 % случаев цирроза печени и 78 % первичного рака печени обусловлено вирусами гепатитов В и С. В нашей стране с целью стабилизации эпидемиологической ситуации по гепатитам В, С (а в дальнейшем — ее улучшения) разработан проект от 9 марта 2011 года «Про поддержку Концепции Государственной целевой социальной программы по профилактике, диагностике и лечению вирусных гепатитов на период до 2016 года» [4]. В связи с вышесказанным важным на современном этапе является прогнозирование неблагоприятных последствий вирусных гепатитов, в частности цирроза печени и его исходов.

Целью нашей работы является поиск и уточнение прогностических критериев неблагоприятного течения цирроза печени, вызванного вирусами гепатитов С и В.

Материал и методы. Клинико-биохимически обследованно 18 пациентов с циррозом печени, который вызван вирусами гепатитов С и В (этиология подтверждалась методом иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции), в возрасте от 28 до 69 лет. При определении стадии цирроза печени были использованы международные критерии печеночной недостаточности в стадии цирроза печени — классификация Child — Pugh (табл. 1).

Таблица 1

Критерии классификации Child — Pugh
для определения степени печеночной недостаточности

Клиническо-биохимические параметры	Оценка в баллах		
	1	2	3
Билирубин (мкмоль/л)	< 34	34–50	> 50
Альбумин (г/л)	> 35	28–35	< 28
Асцит	Отсутствует	Умеренный	Значительный / Рефрактерный
Энцефалопатия	Отсутствует	Умеренная (стадии I–II)	Тяжелая (стадии III–IV)
Протромбиновый индекс, % или протромбиновое время, INR	> 60 < 1,70	40–60 1,71–2,20	< 40 > 2,20

Интерпретация. Класс А: 5–6 баллов (компенсированный цирроз); класс В: 7–9 баллов (субкомпенсированный цирроз); класс С: 10–15 баллов (декомпенсированный цирроз).

В соответствии с целью исследования больные были распределены на группы: 1-я группа — 11 больных, у которых наблюдался декомпенсированный цирроз печени (10 баллов по классификации Child — Pugh) и был благоприятный результат — больные были выписаны из стационара [9 больных — цирроз, вызванный вирусом гепатита С, и по одному больному — цирроз, вызванный вирусом гепатита В и В плюс С (микст)]. 2-я группа — 7 человек, у которых наблюдался декомпенсированный цирроз печени (12 баллов по классификации Child — Pugh) и был неблагоприятный летальный исход [5 больных — цирроз, вызванный вирусом гепатита С и по одному больному — цирроз, вызванный вирусом гепатита В и В плюс С (микст)]. Статистическую обработку материала проводили при помощи программных пакетов Statistica 6,0 [5]. С целью поиска и уточнения показателей, при помощи которых возможно было бы прогнозировать течение болезни при поступлении больного в стационар, был использован метод порогов переменных — соответственно таблицам сопряжения на основании критерия χ^2 Пирсона.

Результаты. Полученные данные представлены в таблице 2. Клинические показатели отображают длительность данного симптома в днях. Биохимические показатели определялись в день поступления больного в стационар.

Таблица 2

Клинико-биохимические показатели у больных циррозом печени,
вызванным вирусами гепатитов С и В ($M \pm m$)

Показатель	1 группа (n = 11)	2 группа (n = 7)
Слабость	13,3 ± 2,3	10,1 ± 4,9
Головная боль	2,2 ± 1,4	2,4 ± 1,0
Желтушность склер	14,0 ± 5,1	12,3 ± 4,0
Желтушность кожи	10,0 ± 4,9	10,2 ± 4,6
Боль в правом подреберье	2,5 ± 1,0	5,3 ± 1,2
Нарушение сна	0,8 ± 0,4	0,4 ± 0,2
Размеры печени при госпитализации (см)	3,9 ± 0,7	5,8 ± 1,4
Размеры печени при выписке / смерти (см)	5,9 ± 1,5	7,3 ± 1,6
Сулемовая проба (мл)	1,8 ± 0,09	1,2 ± 0,1
Тимоловая проба (ед.)	11,5 ± 3,2	12,2 ± 1,8
АлАТ (ммоль/л)	1,4 ± 0,4	3,0 ± 1,0
Билирубин общий (мкмоль/л)	61,0 ± 18,1*	191,9 ± 39,0
Билирубин прямой (кмоль/л)	32,4 ± 12,0*	87,7 ± 24,8
Билирубин непрямой (мкмоль/л)	28,6 ± 7,0	104,2 ± 46,3
Эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	3,5 ± 0,1	3,3 ± 0,4
Гемоглобин (г/л)	108,5 ± 4,7	100,0 ± 14,4
Цветной показатель	0,9 ± 0,01*	0,84 ± 0,02
Лейкоциты (%)	4,1 ± 0,6*	7,0 ± 1,1
Эозинофилы (%)	3,6 ± 0,8	1,9 ± 0,7
Палочкоядерные (%)	3,0 ± 0,5*	8,3 ± 2,5
Сегментоядерные (%)	49,2 ± 4,9	66,2 ± 10,5
Лимфоциты (%)	36,0 ± 4,7*	17,1 ± 6,1
Моноциты (%)	8,1 ± 1,0*	4,6 ± 1,1
СОЭ (мм/ч)	28,3 ± 7,0	26,1 ± 6,4
Протромбиновый индекс (%)	70,2 ± 1,2*	46,6 ± 4,9
Фибрин (мг)	14,7 ± 2,3*	8,6 ± 1,3
Фибриноген (г/л)	2,5 ± 0,6	1,9 ± 0,2
Общий белок (г/л)	76,6 ± 5,3	56,3 ± 11,2
Альбумины (г/л)	29,1 ± 3,8	18,5 ± 2,1
Глобулины α -1 (%)	10,4 ± 2,1	8,8 ± 0,9
Глобулины β (%)	12,3 ± 1,5	9,3 ± 2,1
Глобулины γ (%)	38,7 ± 4,5	48,0 ± 2,7

*p < 0,05.

К таблице следует добавить, что у больных обеих групп были умеренно выражены явления асцита и энцефалопатии. Установлено, что при поступлении в стационар больных с декомпенсированным циррозом печени уже имелась достоверная разница между многими биохимическими показателями. В группе больных с неблагоприятным течением болезни уровень общего билирубина и его прямой фракции, лейкоцитов и палочко-ядерных клеток был достоверно выше, чем у больных другой группы. Определены показатели, уровень которых у больных с неблагоприятным течением болезни был достоверно меньше: цветной показатель, уровень лимфоцитов, моноцитов, протромбинового индекса, фибрина. С целью поиска и уточнения показателей, при помощи которых возможно было бы прогнозировать течение заболевания при поступлении больного в стационар, был использован метод порогов переменных — соответственно таблицам сопряжения на основании критерия χ^2 Пирсона [5]. Выявлено, что группы больных достоверно отличаются по таким порогам: уровень лейкоцитов — 7,85, общего билирубина — 135. Учитывая достоверность разницы между этими показателями у больных 1-й и 2-й групп (содержание в сыворотке крови общего билирубина и лейкоцитов в клиническом анализе крови было достоверно выше у больных с неблагоприятным течением болезни) целесообразно предположить, что содержание в сыворотке крови больных циррозом печени, обусловленном вирусами гепатитов С и В, общего билирубина 135 мкмоль/л и выше и уровень лейкоцитов в общем анализе крови $7,85 \times 10^9$ /л и больше свидетельствуют о возможности развития неблагоприятного течения болезни.

Выводы. Содержание в сыворотке крови общего билирубина 135 мкмоль/л и выше и уровень лейкоцитов в общем анализе крови $7,85 \times 10^9$ /л и больше у больных циррозом печени (стадия декомпенсации), вызванном вирусами гепатита С и В, целесообразно учитывать во время прогнозирования неблагоприятных последствий течения болезни.

Список литературы

1. Срахі, А. Клинические рекомендации EALS: ведение больных с инфекцией, вызванной вирусом гепатита С / BEST CLINICAL PRACTICE РУССКОЕ ИЗДАНИЕ. — 2011. — Вып. 5. — С. 13–37.
2. Дуда А. К., Бойко В. А., Окружнов Н. В. Вирусные гепатиты: взгляд на реалии сегодняшнего дня // Семейная медицина. — 2012. — С. 102–108.
3. Юшук Н. Д., Ивашкин В. Т., Жданов К. В. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С. — 2012. — С. 64.
4. Реферативная информация // Украинський медичинський журнал. — 2011. — № III/IV. — С. 120.
5. Халафян А. А. Статистический анализ данных. — М.: Бином, 2010. — 591 с.