

- Okada M. Diagnosis of the nutcracker phenomenon using two-dimensional ultrasonography / M. Okada, K. Tsuzuki, S. Ito // Clin Nephrol. – 1998. – Vol.49, №1. – P.35-40.
- Qualitative hepatic venous Doppler sonography versus portal flowmetry in predicting the severity of esophageal varices in hepatitis C cirrhosis / W. Gorka, A. Mulla, M. Sebayer et al. // Am J Roentgenol. – 1997. – Vol.169, №2. – P.511-515.
- Use of Doppler sonography for revealing hepatic artery stenosis in liver transplant recipients / J.F. Platt, G.G. Yutzy, R.O. Bude et Al. // AJR. – 1997. – Vol.168. – P. 473-476.
- Wachsberg R.H. Portal vein pulsatility in normal and cirrhotic adults without cardiac disease / R.H. Wachsberg, L. Needleman, D.J. Wilson // J. Clin. Ultrasound. – 1995. – Vol.23. – P.2-15.

**Сливка Н. О.**  
кандидат медичних наук,  
асистент кафедри догляду за хворими  
та вищої медсестринської освіти

**Тюленєва О. А.**  
кандидат медичних наук,  
доцент кафедри патологічної анатомії

**Закрутько А. О.**  
студент медичного факультету № 2  
ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»  
м. Чернівці, Україна

#### ПРОГНОЗУВАННЯ КОРОТКОСТРОКОВОГО ВИЖИВАННЯ ПРИ ГЕПАТОРЕНАЛЬНОМУ СИНДРОМІ

**Вступ.** В останні роки спостерігається зростання захворюваності на цироз печінки (ЦП), що призводить до стійкої втрати працездатності у активній частини населення [1; 2]. Зміна соціального статусу хворих та погіршення якості їх життя визначає медико-соціальну значимість проблеми.

Цироз печінки входить до числа шести основних причин смерті в економічно розвинених країнах у осіб віком 35-64 років [3; 4]. Однією з причин смерті при цирозі печінки є гепаторенальний синдром (ГРС), який особливо тяжко перебігає на тлі алкогольної хвороби печінки (АХП). На тлі яскравої картини основного захворювання ГРС має швидко прогресуючий перебіг і дуже високу летальність [7].

Єдиним ефективним методом лікування ГРС є трансплантація печінки, яка сприяє повному відновленню функції нирок. Критично важливим моментом є напрацювання тактики терапії, мета якої – підготовка пацієнта до трансплантації печінки, однак вплив такого лікування на виживання хворих залишається невідомим [8; 11; 12].

Тому, актуальною на сьогодні є розробка чітких критеріїв прогнозування короткострокового виживання таких хворих із урахуванням даних морфологічних досліджень сукупно із клінічними показниками важкості стану [9; 10].

**Матеріал та методи.** Дослідження проводились на базі Обласного наркологічного диспансеру м. Ч. Обстежено 40 осіб, хворих на АХП, віком від 25 до 55 років, із них – 32 чоловіків та 8 жінок, середня тривалість захворювання – 5,5 років. Пацієнти були розподілені на дві групи: 1 група – АХП без ознак ниркової недостатності (n=20), та 2 група – АХП+ГРС (n=20). Усім хворим проводились загальноклінічні та лабораторні обстеження, гістопатологічне дослідження біоптатів печінки. Статистичну оцінку функції виживання хворих проводили за методом Каплан-Мейєра [5].

**Результати.** Аналіз отриманих даних показав, що у групі 1 45% хворих мали виражену гістологічну активність, ступеню А3, за рахунок запального процесу в печінці. Кількість хворих зі ступенем А1 та А2 склала 52%. Відсутність запалення мала місце лише у одного хворого (3%). Тобто, більшість пацієнтів цієї групи мали активність процесу А1 та А2 за METAVIR (p<0,05).

При розподілі хворих цієї групи за ступенем фіброзу ми отримали наступні результати: у 66% пацієнтів визначалися ступені F0 (відсутність фіброзу), F1 (мінімальний фіброз) та F2 (слабкий фіброз); у 34% – мав місце цироз.

У групі 2 більшість хворих (84%) мали виражену гістологічну активність за METAVIR, ступеню А3, за рахунок запального процесу в печінці. Кількість хворих зі ступенем А1 та А2 відповідно склала 16%. Ступінь фіброзу у 2-й групі у 100% пацієнтів відповідав цирозу.

Одно-, дво- та трьохмісячне виживання пацієнтів у першій групі відповідно складало 83%, 72%, та 58%, тоді як у другій групі ці показники були суттєво нижчими: 65%, 21% та 14% (p<0,05). За результатом кореляційного аналізу, термін короткострокового виживання пацієнтів із ГРС прямо корелює із балам за шкалою MELD (r=0,853) та ступенем гістологічної активності за METAVIR (r=0,679) (p<0,05).

Перевагою шкали MELD саме як прогностичної моделі є те, що оцінка тяжкості печінкової дисфункції представлена у вигляді безперервної змінної, а не у вигляді категоріального значення (клас або статус). У той же час модель MELD не включає оцінку частих ускладнень цирозу – печінкової енцефалопатії і асцити, що розглядається як деяке обмеження. Іншими обмеженнями можна вважати вплив лабораторної методики на результат вимірювання рівня креатиніну і МНО, що ставить під сумнів порівнянності оцінки тяжкості за шкалою MELD в різних центрах. Більше того, на рівень креатиніну впливають стать, вік, етнічна приналежність, м'язова маса, що також негативно позначається на порівнянності однакового балу за MELD у пацієнтів різних груп, зокрема у пацієнтів жіночої статі або низького харчування [13].

**Висновки.** Дані проведених досліджень свідчать, що для більш точної оцінки прогнозу короткострокового виживаності пацієнтів із гепаторенальним синдромом, що розвивується на тлі алкогольної хвороби печінки, слід використовувати остання як клініко-лабораторних (бал за MELD), так і патоморфологічних показників (ступінь гістологічної активності за METAVIR).

#### Список літератури:

- Абдурахманов Д.Т. Алкогольний гепатит: клініческая характеристика, течение и прогноз / Д.Т. Абдурахманов // Фарматека. – 2008. – № 2. – С. 25-32.
- Бабак О.Я. Алкогольная болезнь печени: научные достижения и клинические перспективы / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 6 (32). – С. 4-9.

3. Буеверов А.О. Алкогольная болезнь печени / А.О. Буеверов, М.В. Маевская, В.Т. Ивашкин // Рус. мед. журн. – 2011. – Т. 3, № 2. – С. 61-65.
4. Вірстюк Н.Г. Клініко-патогенетичні особливості перебігу хронічних гепатитів та розвитку цирозу печінки, диференційовані методи лікування. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Івано-Франківськ, 2002. – 44 с.
5. Гланц С. Медико-биологическая статистика/ Пер. с англ.// М.: Практика, 1999. – 459 с.
6. Масевич Ц.Г. Клинические, биохимические и морфологические особенности хронических гепатитов различной этиологии / Ц.Г. Масевич, Л.Г. Ермолова // Тер. архив. – 2013. – № 2. – С. 35-37.
7. Скрипник І.М. Алкогольна хвороба печінки: сучасний погляд на проблему / Скрипник І.М. // Внутренняя медицина. – 2014. – Т. 3, № 3. – С. 45-49.
8. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении фиброза печени / Ч.С. Павлов, Ю.О. Шульпекова, В.Б. Золотаревский и др. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – Т. 15, № 2. – С. 13-20.
9. Хазанов А.И. Алкогольная болезнь печени – важная проблема современности / А.И. Хазанов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2009. – № 2. – С. 13-20.
10. Харченко Н.В. Современные взгляды на проблему алкогольной болезни печени / Н.В. Харченко, Е.В. Радонежская // Сучасна гастроентерол. – 2014. – № 4 (18). – С. 5-11.
11. Di Sario A. Diagnosis of liver fibrosis / A. Di Sario, G. Felicangeli, E. Bendia et al. // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. – 2014. – Vol. 8, № 1. – P. 11-18.
12. Dufour D.R. Diagnosis and monitoring of hepatic injury. II. Recommendations for use of laboratory tests in screening, diagnosis, and monitoring /D.R. Dufour, J.A. Lott, F.S. Nolte et al. // Clin. Chem. – 2010. – Vol. 46, № 12. – P. 2050-2068.
13. Friedman S.L. Liver fibrosis – from bench to bedside / S.L. Friedman // J. Hepatology. – 2013. – Vol. 38 (Suppl. 1). – P. 38-53.

**Старкова И. В.**

*кандидат медицинских наук*

Харьковский национальный медицинский университет

**Алексеева С. А.**

*акушер-гинеколог, отделение патологии беременных*

Харьковский региональный перинатальный центр

**Паращук В. Ю.**

*кандидат медицинских наук*

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

#### **АЛЬГОДИСМНОРЕЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ГИПОКИНЕЗИИ, И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ**

Подростковый период является одним из самых важных в жизни женщины, поскольку именно в этот период не только происходит становление репродуктивного здоровья, но и развивается множество функциональных и органических расст-

ройств репродуктивной системы [1, с. 13-20]. Значительный уровень соматической заболеваемости у подростков, ранний половой дебют, неосознанное и нерегулируемое сексуальное поведение, широкое распространение вредных привычек, низкий социально-культурный уровень, длительное воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды – вот далеко не полный перечень факторов, негативно влияющих на формирование репродуктивного здоровья и последующее нормальное деторождение [2, с. 50-54].

Альгодисменорея – это симптомокомплекс, одним из самых ярких проявлений которого является появление болей во время менструального кровотечения. Причинные факторы альгодисменореи многогранны и затрагивают соматическое состояние, образ жизни, физические нагрузки на женский организм [3, с. 183-186].

Ограничение объема мышечной активности с преимущественным вовлечением в работу лишь мелких суставов кисти – весьма распространенное явление, касающееся преобладающего большинства девушек-подростков, поскольку их обучение происходит во время технического прогресса, когда широко используются возможности компьютера и интернета.

Целью работы была профилактика развития болевого синдрома у девушек-подростков во время менструации, возникающего под влиянием гипокинезии.

Под наблюдением находилось 60 девушек-подростков в возрасте 16-18 лет с альгодисменореей, проявлявшей себя на протяжении одного года. Пациентки распределены на две одинаковые по численности клинические группы. В первой (основной) группе девушкам-подросткам назначали препарат в виде саше с шипучими гранулами, содержащими 600 мг нестероидного противовоспалительного препарата со вспомогательными веществами. Препарат применялся дважды в день в первые два дня менструального цикла на протяжении трех месяцев. Дополнительно давалась рекомендация относительно питания пациенток в дни использования саше – щадящая диета. Оценивалась эффективность использования шипучих гранул и их влияние на желудочно-кишечный тракт.

С целью нормализации мышечной активности у девушек-подростков, назначался комплекс статических упражнений, затрагивающих мышцы рук, ног и туловища, удобные для выполнения во время учебного процесса и дома. Комплекс физических упражнений проводился дважды, занимая 5-10 минут.

Во вторую (контрольную) группу включены девушки-подростки с альгодисменореей, которым лечебно-профилактические мероприятия не проводились.

Обследуемые пациентки обеих групп обучались в условиях гипокинезии на протяжении трех лет. В анамнезе жизни не наблюдалось воспалительных процессов органов брюшной полости и малого таза, а также оперативных вмешательств, которые могли обусловить возникновение болевого синдрома. Все девушки в свободное от обучения время не занимались спортом самостоятельно и не посещали никакие спортивные секции. Во второй (контрольной) группе лечение альгодисменореи не проводилось.

При оценке результатов исследований установлено, что длительное воздействие гипокинезии приводило к возникновению альгодисменореи у всех девушек-подростков.

Применяемый препарат в совокупности с проведением статических упражнений для рук, ног и туловища у 27 пациенток основной группы (90%) полностью устранил болевой синдром не вызывая нарушений со стороны органов желудочно-кишечного тракта и нормализовал их повседневную активность, улучшая качество жизни.