

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Тарасенко С. В., д. м. н., профессор;
 Натальский А. А., к. м. н., ассистент;
 Луньков И. А., Зайцев О. В., д. м. н., доцент;
 Песков О. Д., к. м. н., ассистент
 Кафедра госпитальной хирургии РязГМУ
 E-mail: lorey1983@mail.ru

На сегодняшний день существует множество классификаций печеночной недостаточности при механической желтухе. Однако в широкой хирургической практике ни одна из них не нашла практического применения. Связано это главным образом с тем, что в основу классификаций положена только клиническая картина, один или несколько факторов развития печеночной недостаточности, или сложные громоздкие таблицы, в которых учитываются чуть ли не все лабораторные и биохимические показатели крови.

Цель исследования: оценка биохимических и морфологических критериев печеночной недостаточности у больных с механической желтухой.

Материал и методы исследования. Был проведен проспективный анализ клинических данных больных с механической желтухой как доброкачественного, так и опухолевого генеза.

Результаты и обсуждение. Большой интерес представляет изучение характеристик внутрипротоковой желчи, полученной у больных с разными стадиями печеночной недостаточности, развивающейся вследствие прогрессирования холестаза. Нами предложена следующая классификация печеночной недостаточности.

0. Начальная стадия: незначительное расширение ОПП, внутрипеченочных протоков по данным УЗИ. При ЧЧХС выделяется зеленоватая желчь под небольшим давлением. Незначительно повышена ЩФ. Гистология: умеренная инфильтрация стенки протоков лимфоцитами, нейтрофилами.

I. Манифестация желтухи: умеренное расширение ОПП (10 мм), внутрипеченочных протоков по данным УЗИ. При ЧЧХС выделяется под давлением большое количество застойной концентрированной желчи почти черного цвета (1 литр/сутки). Повышена ЩФ, АСТ, АЛТ. Гистология: внутрипротоковый холестаз умеренная инфильтрация стромы нейтрофилами.

II. Полихолическая стадия: резко расширены ОПП (до 27 мм) и внутрипеченочные протоки по данным УЗИ. При ЧЧХС выделяется под давлением большое количество тем-но-коричневой желчи (до 3 литров/сутки). Повышена ЩФ, АСТ, АЛТ. Гистология: пролиферация протокового эпителия, реактивный стромальный гепатит, выраженный внутрипротоковый холестаз, единичные очаги отложения билирубина внеклеточно.

III. Гипохолическая стадия: расширенный ОПП, расширенные внутрипеченочные протоки. Отмечается утолщение и уплотнение стенок

протоков по данным УЗИ. При ЧЧХС выделяется под небольшим давлением небольшое количество светло-коричневой желчи (500 мл/сутки). Повышена ЩФ, АСТ, АЛТ. Гистология: умеренный фиброз, белково-липидная дистрофия гепатоцитов, внутрипротоковый и внеклеточный холестаз.

IV. Ахолическая стадия. ОПП и внутрипеченочные протоки расширены с утолщенной стенкой по данным УЗИ. При ЧЧХС — бесцветная жидкость (белая желчь), 20–50 мл/сутки. Снижение АСТ до нормы, АЛТ резко увеличена. Гистология: выраженная белково-липидная дистрофия гепатоцитов, сплошь отложения билирубина, некрозы гепатоцитов, фиброз.

Выводы. Таким образом, по характерным изменениям билиарного дерева при ультразвуковом исследовании, а также характеру, количеству и качественному составу полученной желчи при ЧЧХС и данных биопсии можно судить о стадии печеночной недостаточности у больных механической желтухой.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬАССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

М. А. Бутов, д. м. н., проф.; Василевская А. С.

ГБОУ ВПО «РязГМУ» Минздрава России, Рязань, Россия

Цель исследования: сравнительный анализ метаболических нарушений у пациентов с алкогольсассоциированными заболеваниями печени.

Материал и методы исследования. Обследовано 73 больных невирусными циррозами печени (ЦП), в возрасте 24–60 лет ($49,2 \pm 10$ лет) и 30 больных хроническими гепатитами (ХГ) в фазе активности в возрасте 28–63 лет (48 ± 9 лет). По классам тяжести заболевания по Чайлд-Пью: класс А — 11, класс В — 29, класс С — 32 человека. Длительность заболевания — 3–5 лет. Выраженность метаболических нарушений мы оценивали антропометрическими методами (вес, рост, индекс массы тела (ИМТ)), оценка компонентного состава тела (тощая масса тела (ТМТ)), жировая масса тела (ЖМТ)). Для диагностики алкоголь-ассоциированного генеза повреждения печени учитывались данные анамнеза, теста CAGE, анкеты постинтоксикационных алкогольных состояний, теста *Audit*.

Результаты исследования. У больных ХГ нормальный индекс массы тела имели 12 (40%), предожирение — 8 (27%), ожирение 1-й степени — 7 (24%), ожирение 2-й степени — 3 больных (9%). У большинства обследуемых (60%) отмечалось избыточная масса тела. При оценке компонентного состава тела не было выявлено глубоких нарушений белковосинтетической функции печени, проявляющейся снижением ТМТ.

У больных ЦП нормальный ИМТ у 37 (50,6%) лиц (класс А — 7, класс В — 11, класс С — 19 человек). Снижение ИМТ — у 10 (13,6%) больных (класс С).

Предождирение — у 16 (22%) пациентов (класс А — 4, класс В — 12). У 10 лиц (класс В — 6, класс С — 4) признаки ожирения: у 8 — 1-я степень, у 2 — 2-я степень ожирения. Снижение ТМТ от должных величин, выявлено только у больных ЦП, причём как у лиц с нормальным, так и со сниженным ИМТ у 40 (54,8%) больных (класс В — 16 (22%), класс С — 24 (33%), что указывает на выраженные нарушения у них белкового обмена.

Заключение. Более половины пациентов ХГ (60%) имели повышенную массу тела. Подтверждена корреляция показателей степени тяжести метаболических нарушений со степенью тяжести невирусного гепатита в соответствии со шкалой Глазго. У больных ЦП была трофологическая недостаточность (54,8%). Частота и выраженность её проявлений увеличивалась с утяжелением функционального класса ЦП по Чайлд-Пью.

СВЯЗЬ УРОВНЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА С ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

Левитан Б. Н., д. м. н., профессор; Касьянова Т. Р., к. м. н.
Астраханская государственная медицинская академия
E-mail: boleev@mail.ru

Цель исследования: установить связь содержания в крови N-терминального мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) с изменениями показателей эхокардиографии (эхо-КГ) при циррозах печени (ЦП).

Материал и методы исследования. Концентрацию Nt-pro-BNP исследовали у 80 пациентов с ЦП в ЭДТА-плазме с помощью иммуноферментного набора фирмы *Biomedica* (Германия). Всем больным проводили эхо-КГ на сканере *ALOKA-5500 Prosaund* (Япония). Измеряли переднезадний размер левого предсердия в диастолу (ПЗР ЛП), толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (МЖП и ЗСЛЖ) в диастолу, среднее давление в легочной артерии (СрДЛА). Для оценки диастолической функции ЛЖ рассчитывали максимальную скорость раннего диастолического наполнения (Е), максимальную скорость позднего наполнения (А), а так же их соотношение (Е/А), время изоволюметрического расслабления (IVRT) и изоволюметрического сокращения (IVCT) ПЖ. Контрольная группа (КГ) — 20 здоровых лиц.

Результаты исследования. При ЦП наблюдался достоверный рост уровня Nt-proBNP до 51,2 [14,5; 123] фмоль/мл по сравнению с КГ — 11,3 [7,5; 16,2] фмоль/мл ($p < 0,001$). Исследован Nt-proBNP в группе ЦП с показателями $E/A < 1$ и $IVRT > 80$ мс (34% больных) — 1-я группа и значениями $E/A > 1$ и $IVRT > 80$ мс (66% больных) — 2-я группа. В 1-й группе при наличии диастолической дисфункции ЛЖ уровень Nt-proBNP составил 105 [69; 165] фмоль/мл, во 2-й — 51 [16; 85] фмоль/мл ($p = 0,002$). ФВ $< 55\%$

при ЦП имелась лишь в 13,7% случаях, при этом величина Nt-proBNP составила 86 [35; 116] фмоль/мл, а у лиц с ФВ $\geq 55\%$ — 43 [14; 98] фмоль/мл ($p < 0,01$). Гипертрофия ЛЖ имелась у 24% больных. Выявлена корреляционная зависимость между показателями Nt-proBNP и массой миокарда ЛЖ ($r = 0,42$; $p = 0,02$). Увеличение ПЗР ЛП > 38 мм имелось у 15% больных ЦП, а корреляция между Nt-proBNP и ПЗР ЛП составила ($r = 0,41$; $p = 0,02$). Обнаружены достоверные ($p < 0,005$) прямые корреляционные связи Nt-proBNP с СрДЛА ($r = 0,43$) и обратные — с ФВ ($r = -0,35$), Е ($r = -0,38$), Е/А ($r = -0,41$).

Заключение. Повышение уровня Nt-proBNP при ЦП находится в тесной связи с такими параметрами ЭхоКГ, как Е/А, IVRT, ФВ, ПЗР ЛП, ММЛЖ и в большей мере с показателями диастолической дисфункции ЛЖ. Выявление высоких значений Nt-proBNP в совокупности с перечисленными изменениями эхо-КГ позволяет диагностировать цирротическую кардиомиопатию.

ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОКСИМАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Тарасенко С. В., д. м. н., профессор; Песков О. Д., к. м. н., доцент; Зайцев О. В., д. м. н. доцент, Рахмаев Т. С., ассистент, Натальский А. А., к. м. н., ассистент
Кафедра госпитальной хирургии РязГМУ
ГБОУ ВПО РязГМУ имени акад. И. П. Павлова
E-mail: omen@mail.ryazan.ru

Хронический панкреатит занимает одно из лидирующих мест в структуре гастроэнтерологических заболеваний в индустриально развитых странах. Преимущественное поражение головки поджелудочной железы встречается почти в половине случаев заболевания и сопровождается различными осложнениями. При этом механическая желтуха в общей структуре осложнений занимает от 4,7 до 50% (Ch. Frey et al., 1990; Beger H. G. et al., 2008).

В Центре хирургии печени и поджелудочной железы г. Рязани оперировано 67 больных хроническим проксимальным панкреатитом, осложнившимся синдромом внепеченочного холестаза, что составило 24% от общего числа пациентов с данной патологией, находившихся в клинике за последние 10 лет. Целью исследования был анализ различных способов хирургического лечения хронического панкреатита и выбор оптимального метода билиарной декомпрессии.

ППДР выполнена 11 больным, субтотальная резекция головки ПЖ (СРГПЖ) со вскрытием просвета ОЖП в полость головки ПЖ и формированием