

Выводы. Через 6 месяцев после ХЭ различные гастроинтестинальные симптомы беспокоят более половины больных, из них изжога — 24,3%. Наличие симптомов изжоги через 6 месяцев после операции зависит от вида хирургического вмешательства: частота возрастает при открытых вариантах холецистэктомии и уменьшается при лапароскопическом методе.

ДИНАМИКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СО СТОРОНЫ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ЧЕРЕЗ 3 ГОДА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Фролов Я. А., к. м. н., ассистент;
 Волошина Н. Б., д. м. н., профессор;
 Осипенко М. Ф., д. м. н., профессор;
 Литвинова Н. В., к. м. н., ассистент;
 Макарова Ю. В., ассистент*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней
 лечебного факультета ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава
 России, Новосибирск, Россия
 E-mail: Lina-2007@list.ru*

Цель исследования. Оценить клинические проявления и прогностические факторы развития синдрома изжоги через 6 месяцев после холецистэктомии (ХЭ) по поводу желчнокаменной болезни (ЖКТ).

Материал и методы исследования. работа — фрагмент проспективного обсервационного открытого когортного многолетнего наблюдения за больными после ХЭ по поводу ЖКБ. Исходно в исследование до операции было включено 145 пациентов в возрасте от 21 до 83 лет. Через 3 года после оперативного лечения по поводу ЖКБ обследовано 117 пациента (80,7% от всех включенных в исследование), из них 100 женщин, средний возраст которых составил $55,6 \pm 1,41$ года и 17 мужчин со средним возрастом $59,1 \pm 3,22$ года. Для диагностики гастроинтестинальных синдромов использованы Международные рекомендации по функциональным заболеваниям (Рим II, 1999). Результаты обработаны с применением пакета статистических программ SPSS 13.0.

Результаты исследования. Через 3 года после ХЭ билиарные боли наблюдались у 67 (57,3%) человек. У 2 пациентов возник рецидив камней — холедохолитиаз, потребовавший повторного оперативного лечения. 42,7% пациентов боли не беспокоили. У 16 (23,9%) из 67 лиц с болевым синдромом болей в дооперационном периоде не было, т. е. пациенты были прооперированы с исходно бессимптомным течением ЖКБ. Только у 1-го больного билиарные боли появились позднее 6 месяцев после ХЭ, у большинства же из них — 22,4% болевой синдром возник уже в первые 6 месяцев после операции. У 43,6% пациентов билиарные боли были до операции и сохранялись на протяжении всех

3 лет после ХЭ. У 33,3% человек, испытывающих боли билиарного характера до операции, болевой синдром исчез через 3 года после ХЭ, из них у 32 (27,35%) пациентов боли не наблюдались уже через 6 месяцев после операции, а у 7 (5,98%) — билиарные боли исчезли в более поздние сроки, чем 6 месяцев после операции.

Не отмечено корреляционной зависимости между наличием билиарных болей у больных после 3 летнего периода после ХЭ и их наличием в дооперационном периоде ($r = -0,152$; $p = 0,126$). Выявлена корреляционная взаимосвязь между наличием болей билиарного характера через 3 года после ХЭ и через 6 месяцев после операции ($r = 0,529$; $p = 0,001$). Отношение шансов наличия болей билиарного характера у пациентов через 3 года после операции при их присутствии через 6 месяцев после операции равно 3,8 (95% CI 1,62 – 8,79; $\chi^2 = 9,5$; $p = 0,002$). Не выявлена зависимость появления болей билиарного характера через 3 года после операции от возраста, пола, от массы тела больных, наличия вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), от частоты приступов желчной колики до операции, наличия сопутствующих заболеваний и количества конкрементов.

Определена прямая корреляционная зависимость между наличием билиарного болевого синдрома через 3 года после ХЭ и течением ЖКБ без осложнений, требующих планового оперативного лечения ($r = 0,236$, $p = 0,017$), отношение шансов наличия болей билиарного характера через 3 года после операции равно 2,6 (OR 2,6; 95% CI 1,18 – 5,85; $\chi^2 = 5,9$; $p = 0,018$). Результаты многофакторного анализа показали, что единственным фактором, ассоциированным с наличием болевого синдрома через 3 года после операции, является наличие болей через 6 месяцев после оперативного лечения (OR 2,1; 95% CI 1,64 – 3,01; $p = 0,045$).

Таким образом, прогнозирование наличия симптомов ЖКБ — болей билиарного характера — на длительный период можно осуществлять уже через 6 месяцев после операции

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

*Воробьев С. А., к. м. н.
 ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава РФ
 E-mail: dzuwadza@inbox.ru*

Цель исследования. Изучить частоту, характер, степень тяжести анемии у больных с хроническим гепатитом и циррозом печени.

Материал и методы исследования. Изучены истории болезни больных хроническим гепатитом и циррозом печени, проходивших лечение в терапевтическом отделении МУЗ БСМП г. Твери за 2012 год. Анализировались особенности клиники, периферической крови, биохимических показателей, сроки госпитализации.

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.