

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 алкогольсассоцированными 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).