

Мухамедьянов Гайсар Саматович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

Ибрагимов Теймур Рамиз оглы – клинический ординатор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

Галиева Айгуль Рифкатовна – врач ГАУЗ «Актанышская ЦРБ». Адрес: 423740, Республика Татарстан, с. Актаныш, пр. Ленина, 1. Тел./факс 8(8552) 3-09-38.

Шилов Дмитрий Александрович – аспирант кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел/факс 8 (347) 223-11-92.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев, В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: от патогенеза к лечению и профилактике / В.Ю. Богачев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Т. 14, №2. – С. 65-72.
2. Богданец, Л.И. Венозные трофические язвы. Возможности современной флебологии в решении старой проблемы / Л.И. Богданец // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18, № 7. – С. 1060-1063.
3. Габибулаев, А.Ф. Тактика лечения венозных трофических язв / А.Ф. Габибулаев, М.Г. Магомедова, М.А.Саидов // Хирург. – 2008. – № 10. – С. 11-12.
4. Дибиров, М. Д. Трофические язвы: практ. руководство / М.Д. Дибиров. – М.: ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава, 2007. – 304 с.
5. Заболевания вен / под ред. Х.С. Фронек; пер. с англ. / под ред. И.А. Золотухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 200 с.
6. Солошенко, В.В. Методы хирургического лечения трофических язв / В.В. Солошенко, Н.Н.Фисталь, С.Г.Хачатрян // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – Т.5, №4. – С. 617-619.
7. Grey, J.E. Venous and arterial leg ulcers / J.E. Grey, K. G Harding, S. Enoch // B.M.J. – 2006. – Vol. 332. – P. 347-350.
8. Palfreyman, S. Dressings for venous leg ulcers: systematic review and meta-analysis / S. Palfreyman, E.A. Nelson, J.A. Michaels // Brit. Med. J. – 2007. – Vol. 335. – P. 244-248.

УДК 616-091.5

© А.К. Имаева, Г.Г. Попов, А.А. Ширяев, 2013

А.К. Имаева¹, Г.Г. Попов², А.А. Ширяев¹

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Клиническая больница № 1», г. Стерлитамак

В работе приведены результаты анализа структуры летальности при заболеваниях печени на основании 105 протоколов патологоанатомического исследования. Проведенный анализ позволяет судить о структуре и динамике данной патологии, что необходимо для дальнейшего улучшения ее диагностики и лечения.

Ключевые слова: структура, анализ, болезни печени.

A.K. Imaeva, G.G. Popov, A.A. Shiryayev

ANALYSIS OF LIVER DISEASES MORTALITY

The paper presents the results of the analysis of the structure of mortality in liver diseases based on 105 autopsy reports. The analysis gives an indication of the structure and dynamics of this pathology, which is necessary for further improvement of its diagnosis and treatment.

Key words: structure, analysis, liver diseases.

Болезни печени, являясь довольно распространенной группой заболеваний, занимают 2-4-е места среди причин госпитализации и утраты трудоспособности населения в возрасте 20-60 лет [1,2]. В данной группе нередко встречается цирроз печени, хронические гепатиты, новообразования, гепатозы. РАМН отмечает, что циррозы печени составляют 30% от общего количества пациентов, страдающих диффузными поражениями органа [4,5]. По данным разных авторов цирроз печени при патологоанатомических вскрытиях в странах Европы и США составляет от 3 до 8,6% [6]. Алкогольное поражение печени не менее актуально и среди причин общей смертности составляет в России от 11,9 до 23,4% [3]. Заболеваемость раком печени в последние годы увеличивается и в структуре злокачественных новообразований желудоч-

но-кишечного тракта, занимая 7-е место [1]. Таким образом, болезни печени являются актуальной и серьезной проблемой современного здравоохранения и имеют тенденцию к неуклонному росту по всему миру.

Целью данного исследования было изучение структуры и динамики заболеваний печени, повлекших смертельные осложнения, среди населения крупного региона Республики Башкортостан за 2008-2012 гг.

Материал и методы

Для решения поставленной задачи было изучено 105 протоколов патологоанатомических исследований за последние 5 лет, выполненных в патологоанатомическом отделении (ПАО) ГБУЗ РБ КБ № 1 г. Стерлитамака.

Результаты и обсуждение. За 2008-2012 гг. в ПАО было проведено 2375 патологоанатомических вскрытий, из которых были

выбраны 105 при заболеваниях печени с анализом их структуры. Из 105 больных мужчин было 63 (60%), женщин 42 (40%). Динамика изменения количества вскрытий за последние 5 лет и соотношение летальных случаев от осложнений заболеваний печени представлены в табл. 1. Четко прослеживается увеличение количества вскрытий больных данной группы на фоне незначительной корреляции общего количества аутопсий.

Таблица 1

Распределение аутопсий по годам		
Год	Общее количество аутопсий	Количество аутопсий при болезнях печени, %
2008	480	19 (3,9)
2009	494	24 (4,8)
2010	480	24 (5,0)
2011	433	22 (5,1)
2012	488	16 (3,3)

Из табл. 2 видно, что пик развития летальных осложнений болезней печени как среди мужчин, так и среди женщин приходится на трудоспособный возраст от 30 до 60 лет, что составило 58,1% (61 случай) от общего количества аутопсий данной группы.

Таблица 2

Распределение больных по возрасту и полу								
Пол	Возраст, лет							Итого
	до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и более	
Мужчины	–	7	15	12	13	9	7	63
Женщины	–	4	8	9	14	4	3	42
Всего...	–	11	23	21	27	13	10	105

Примечание. Градация по возрасту соответствует ВОЗ.

Среди заболеваний печени чаще всего встречался цирроз печени (84 случая), возникший как результат нарушения диеты, злоупотребления алкоголем, гепатитов различной этиологии. Распределение умерших по полу представлено в табл. 3.

Таблица 3

Распределение больных с различной нозологией по полу			
Нозология	Мужчины	Женщины	Всего
Цирроз печени	51	33	84
Алкогольная болезнь печени	7	6	13
Массивный некроз печени	1	2	3
Хронический вирусный гепатит	1	–	1
Рак печени	2	–	2
Эхинококкоз печени	1	–	1
Ретенционная киста печени	–	1	1
Всего...	63	42	105

Осложнения были представлены необратимой стадией геморрагического шока вследствие кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода на фоне портальной гипертензии (54 больных), а также у 30 больных к смерти привела печеночно-клеточная недостаточность. Хронический гепатит стал причиной смерти одного больного вследствие прогрессирующей печеночной недостаточности

и нарастающей интоксикации. На фоне алкогольной болезни печени смертельные осложнения развились у 13-ти, массивный некроз печени у 3-х больных при явлениях нарастающей гепатоцеллюлярной недостаточности, а в 2-х случаях – массивное кровотечение вследствие развившегося синдрома Меллори–Вейса. К летальным осложнениям привели по одному случаю гепатоцеллюлярная и холангиоцеллюлярная карциномы, эхинококкоз и ретенционная киста печени с нагноением.

Морфологические проявления во внутренних органах зависели от нозологии. У умерших от осложнений цирроза печени обычно отмечали желтушность кожных покровов и слизистых, часто – расширение вен пищевода, передней брюшной стенки, геморроидальных вен. Печень была уменьшена в размерах, плотная, бугристая, бурого цвета, на разрезе обнаруживали разного размера узлы, нередко расширенные желчные протоки. При микроскопическом исследовании в строении печени отмечали разрастание волокон соединительной ткани с лимфогистиоцитарной инфильтрацией и формированием «ложных» долек. В гепатоцитах часто обнаруживали признаки жировой и гидропической дистрофий. При вирусном гепатите печень и селезенка были увеличены, поверхность их была полнокровной. На гистологических срезах выявлялись очаги некроза гепатоцитов, местами имеющие мостовидную форму, выраженную воспалительную инфильтрацию стромы и склероз с преобладанием в инфильтрате лимфоцитов, макрофагов. В гепатоцитах в зависимости от этиологии хронического гепатита выявлялась и жировая гидропическая дистрофия, в некоторых случаях обнаруживали тельца Каунсильмена. Для алкогольной болезни печени было характерно обнаружение в органе на фоне имеющегося жирового гепатоза очагов некроза, локализующихся вокруг терминальных венул с фиброзом, воспалительной инфильтрацией с преобладанием нейтрофилов. Гепатоциты местами подвергались баллонной дистрофии. При массивном некрозе печени, явившимся следствием острого отравления, печень была резко увеличена, имела ярко-желтый цвет и рыхлую консистенцию, на разрезе встречались очаги кровоизлияний. Микроскопически обнаруживались массивный жировой некроз гепатоцитов, полнокровие сосудов, кровоизлияния, воспалительная инфильтрация.

Таким образом, проведенный анализ позволяет судить о структуре болезней пече-

ни, определить наиболее значимые нозологические формы, приводящие к смерти. В динамике увеличивается заболеваемость и количество смертельных осложнений преимуще-

ственно за счет цирроза и алкогольной болезни печени. Полученные сведения важны для дальнейшего улучшения диагностики и лечения данной группы больных.

Сведения об авторах статьи:

Имаева Альфия Камилевна – к.м.н., доцент кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Попов Георгий Геннадьевич – к.м.н., зав. патологоанатомическим отделением ГБУЗ КБ № 1. Адрес: 453263, г. Стерлитамак, ул. Комсомольская, 97.

Ширяев Алексей Андреевич – студент 4-го курса лечебного факультета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т., Комаров Ф. И. Состояние и перспективы развития гастроэнтерологии // Терапевтический архив. – 2002. – Том 74. – №2. – С. 5-8.
2. Кулагина Е.А. Клинико-генетическое исследование синдрома перегрузки железом при хронических диффузных заболеваниях печени / Е.А. Кулагина, С.А. Курилович, В.Н. Максимов // Бюллетень СО РАМН, 2009. – №3 (137). – С.36-41.
3. Савина Н.С. Некоторые клинические аспекты алкогольных циррозов печени // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 7. – С. 33-34.
4. Современное состояние проблемы цирроза печени (Постановление бюро отделения клинической медицины РАМН от 25.09.2008) //Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. – 2009. – №1. – С.87-88.
5. Хомерики, С.Г. Алкогольная болезнь печени: механизмы развития, морфологические проявления, дифференциальная диагностика и патогенетические подходы к терапии /С.Г. Хомерики, Н.М. Хомерики // Consilium medicum. Гастроэнтерология. – 2012. – 1. – С. 27-34.
6. O'Shea R., Dasarathy S., McCullough A. "Alcoholic liver disease: AASLD Practice Guidelines". – 2010. Hepatology 51 (1): 307–28.

УДК 616.14-005.6-089.168.1-06:617.58-005.4-005.98-085.22

© В.В. Плечев, А.Р. Хафизов, Д.В. Плечева, Р.Х. Юсупов, В.А. Мустафин, 2013

В.В. Плечев, А.Р. Хафизов, Д.В. Плечева, Р.Х. Юсупов, В.А. Мустафин
НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕНОТОНИКОВ
В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Плановые реконструктивные операции в бедренно-подколенном сегменте довольно часто сопровождаются отеком оперированной конечности. Данным больным были назначены препараты МОФФ, что приводило к полному регрессу отека примерно в два раза быстрее, чем при стандартной терапии.

Ключевые слова: реперфузионный синдром, ишемическое повреждение тканей, реваскуляризация, венозные и лимфатические пути, феномен «по reflow», тромбэмболектомия, проба Стеммера, микронизированная очищенная флавоноидная фракция.

V.V. Plechev, A.R. Khafizov, D.V. Plecheva, R.Kh. Yusupov, V.A. Mustafin
NEW ASPECTS OF VEINOTONIC APPLICATION IN VASCULAR SURGERY

Planned arterial reconstruction in femoropopliteal segment is often accompanied by swelling of the operated limb. The patients were administered micronized purified flavonoid fraction (MPFF), which led to a complete regression of edema at approximately two times faster than with standard therapy.

Key words: reperfusion syndrome, ischemic tissue damage, revascularization, venous and lymphatic paths, the phenomenon of "NO reflow", thrombembolctomy, Stemmer trial, micronized purified flavonoid fraction (MPFF).

Важную роль в ургентной сосудистой хирургии играют реперфузионный синдром, длительность и глубина ишемического повреждения тканей. В настоящее время в мире широко изучается развитие синдрома ишемии – реперфузии после реваскуляризации, конечностей как при острой, так и при их хронической ишемии [1,3]. По данным литературы, у ряда пациентов после адекватной реваскуляризации в раннем послеоперационном периоде наступает ухудшение состояния оперированной конечности, проявляющееся болевым синдромом, послеоперационным отеком,

расширением зоны трофических нарушений, что может быть объяснено развитием реперфузионного синдрома, коррекция которого невозможна без изучения его этиологии и патогенеза [2,5,6]. У большинства авторов не вызывает сомнений, что механизм реперфузионного повреждения связан с нарушениями микроциркуляции, проявляющимися отеком эндотелия, повреждением венозных и лимфатических путей, нарушением релаксации артериол, что, по-видимому, лежит в основе развития феномена «по reflow» [7,8]. Основой этих патофизиологических процессов являют-