



УДК 616.3 (571.56)

Т.М. Тяптурянова

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

В наших наблюдениях заболевания органов гепатопанкреатобилиарной зоны представлены в виде осложнений хронических диффузных заболеваний печени. Это 48,1% случаев проявлений желтухи, 32,8% случаев – гепатомегалии (увеличение печени), 36,6% – асцита, 41,2% – холангита и т.д. Исследование проведено с учетом зон проживания, возраста, пола, этнических групп и северного стажа проживания в Республике Саха (Якутия).

Заболевания печени – гепатит, цирроз – могут протекать с клинической картиной, напоминающей заболевания желчных путей. Заболевания гепатопанкреатобилиарной (ГПБ) и гастродуоденальной зон (ГДЗ) имеют тенденцию к росту. Поэтому представляет научный и практический интерес изучение состояния органов пищеварения, различных аспектов патогенеза; клинического течения, ранней диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний.

Материалы и методы

Нами изучено 100 больных с гепатитом и 80 больных с циррозом печени, в том числе мужчин – 120, женщин – 60. Возрастной состав исследованных больных 16-20 лет – 19, 21-40 лет – 51, 41-60 лет – 57, 61-70 лет – 37 и старше 70 лет – 16 человек. Все исследованные больные нами подразделены: на родившихся в Якутии – коренные – и приезжих, проживших в Якутии более 5 лет – некорен-

ные. Среди исследованных больных коренных оказалось 131, некоренных – 49 человек.

Для анализа заболеваемости населения нами выделены три зоны:

- Центральная зона (группа улусов – г. Якутск, Мегино-Кангаласский, Усть-Алданский, Таттинский, Горный, Хангаласский улусы). Состав исследованных больных: коренные – 68, некоренные – 24 человека,

- Вилюйская зона (группа улусов – г. Мирный, Вилюйский, Верхневилуйский, Сунтарский, Нюрбинский улусы). Состав больных: коренные – 42, некоренные – 19 человек;

- Арктическая зона (группа улусов – Анабарский, Аллаховский, Усть-Янский, Нижнеколымский улусы). Состав исследованных больных: коренные – 21, некоренные – 6 человек.

Для изучения заболеваемости использовались общеклинические лабораторные и специальные методы исследования. Они приведены в табл. 1.

Таблица 1

Объем выполненных диагностических исследований

Вид исследования	Количество обследованных пациентов	Общее количество исследований
Биохимическое исследование крови	180	354
Обзорное УЗИ органов брюшной полости	180	236
Обзорная R-графия органов брюшной полости	86	150
R-скопия желудка и 12 п.к.	94	120
Релаксационная дуоденография	36	50
Дуплексное сканирование сосудов брюшной полости	54	54
Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)	180	210

Окончание табл. 1

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ)	22	38
Бактериологическое исследование дуоденального содержимого	80	100
Бактериологическое исследование толстого кишечника	100	100
Холангиография	33	98
Чрескожная чреспеченочная холангиография	18	18
Дуоденоманометрия	30	30
Лапароскопия	10	21
Компьютерная томография	22	32
Биопсия печени под контролем КТ, УЗИ	100	100
Ирригоскопия	62	70
Фиброколоноскопия	10	70
Радионуклидные методы исследования	22	22

Результаты и обсуждения

В 80% наблюдений больные страдали хроническим холангиогепатитом, который требовал длительной консервативной терапии, а 20% пациентов показано лечение в специализированном стационаре для

устранения таких грозных осложнений, как желтуха, асцит и т.д.

Клинические проявления хронического холангиогепатита представлена в табл. 2

Осложнения при диффузных заболеваниях печени чаще выявляются у лиц коренной группы (рис. 1).

Таблица 2

Частота клинических проявлений хронического гепатита

Симптомы	коренные		некоренные	
	п=68	%	п=32	%
1. Боль:				
- постоянная в правом подреберье	59	86,7	29	90,6
- усиливается при нарушении диеты, физ. нагрузке	68	100	31	96,9
- недомогание	36	52,9	28	87,5
- тошнота	24	35,2	28	87,5
- горечь во рту	28	41,2	24	75,0
- отрыжка	21	30,9	26	81,2
- запоры	49	72,0	20	62,5
- увеличение печени	57	83,8	9	28,1
- переутомление	47	69,1	26	81,2
- нервное напряжение	41	60,3	21	65,6
2. Желтуха	48	70,6	9	28,1
3. Иктеричность склер	49	72,1	11	34,3
4. Кожный зуд	23	33,8	9	28,1

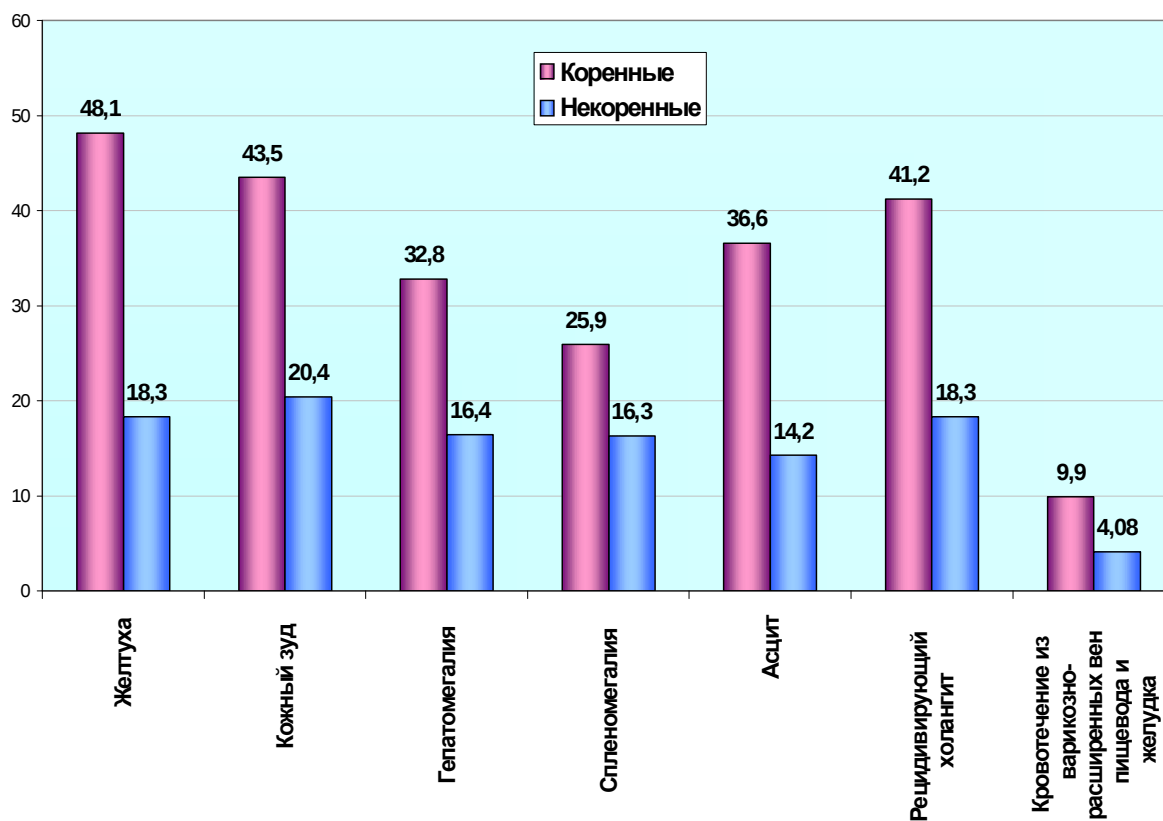


Рис. 1. Характер осложнений при диффузных заболеваниях печени

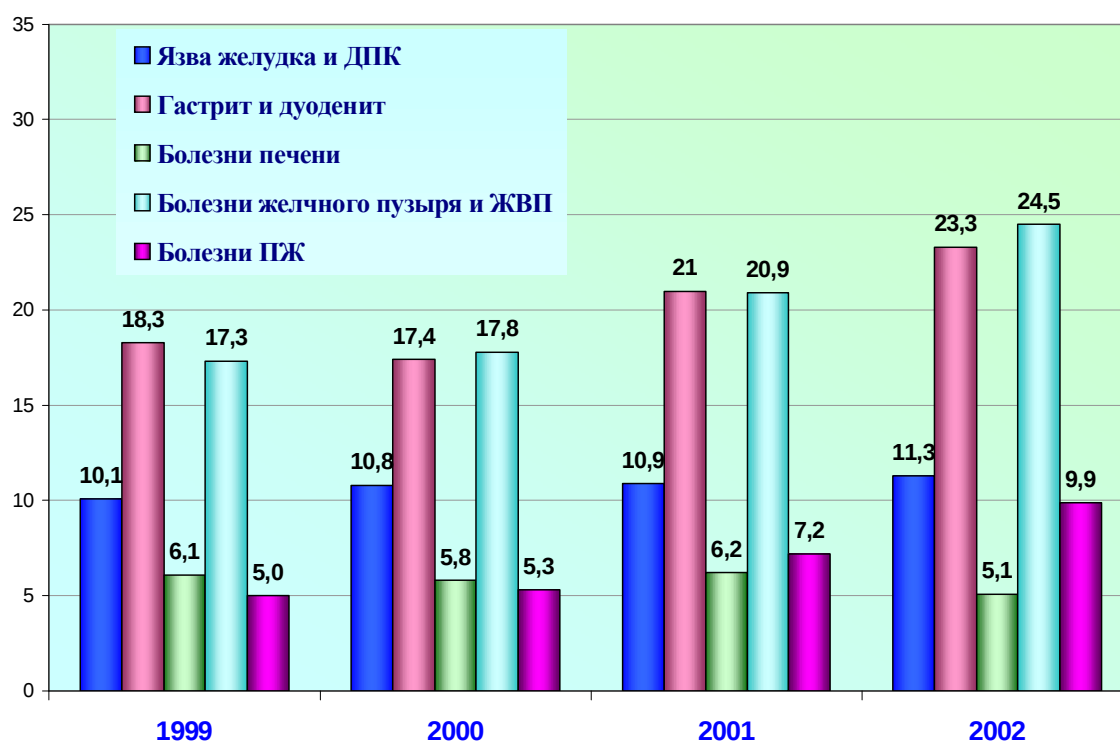


Рис. 2. Общая заболеваемость органов гепатопанкреатобилиарной (ГПБ) и гастродуоденальной зон (ГДЗ) на 1000 человек взрослого населения

Хронический гепатит и цирроз печени в 48,5% у коренных и в 25,1% у некоренных жителей сопутствует другим поражениям органов гепатопанкреатобилиарной (ГПБ) и гастродуоденальной зон (ГДЗ). В последние годы отмечается рост общей заболеваемости органов гепатопанкреатобилиарной (ГПБ) и гастродуоденальной зон (ГДЗ) (рис. 2).

Увеличению диффузных заболеваний печени способ-

ствует неблагоприятная социально-экономическая обстановка, низкий уровень диспансеризации и много неразрешенных вопросов по профилактике вирусного гепатита.

Так, по данным Госкомстата РС (Якутия) 2001 г., число больных с вирусным гепатитом не имеет тенденции к снижению (табл. 3) как в целом, так и в Российской Федерации и выросло с 18,1 на 100 тыс. населения в 1992 г. до 87,9 в 1997 г. и 63,2 в 2000 г.

Таблица 3

Количество заболеваний вирусным гепатитом на 100000 населения в РС (Я)

Улусы	1996	1997	1998	1999	2000
Промышленная зона:					
г. Якутск	164,4	95,0	59,0	63,3	106,4
г. Мирный	137,1	99,1	59,9	40,2	65,1
г. Вилюйск	120,6	40,3	25,6	21,9	43,8
Арктическая зона:					
Анабарский улус	111,1	–	–	83,3	–
Жиганский улус	327,3	96,2	–	40,8	83,3
Аллаиховский улус	43,5	77,9	23,3	45,5	46,5
Абыйский улус	35,1	54,5	54,5	37,7	–
Центральная зона:					
Таттинский улус	302,9	56,2	33,7	67,8	16,9
Амгинский улус	171,3	29,2	46,8	29,6	41,4
Республика Саха (Я)	157,3	87,9	57,1	50,8	63,2

Изучение территориального распределения вирусного гепатита позволило продемонстрировать высокую заболеваемость в центральных улусах, нежели в промышленной и арктической зонах, что связано с неблагоприятной экологической обстановкой, недостаточностью очистных сооружений и многими другими факторами [1]. Диффузные заболевания печени за последние 3 года представлены следующими показателями: 2000 г. – 5,8 на 1000 взрослого населения, 2001 г. – 6,2, 2002 г. – 5,1. В хирургические стационары чаще попадают больные с хроническими диффузными заболеваниями, когда у них развиваются осложнения синдрома портальной гипертензии в виде кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, асцита.

Билиарный цирроз печени мы выявили у 80 больных: в том числе у коренной группы населения – 63, некоренной – 17. При этом оказалось, что билиарный цирроз чаще наблюдается у женщин – 75% исследованных больных. При анализе возрастного состава больных оказалось: в возрасте 21-40 лет – 16, 41-60 лет – 28, 61-70 лет – 25 и

старше 70 лет – 11 человек. Среди них больных холециститом более 6 лет – 24, 10-15 лет – 26 и более 15 лет – 24 человека.

Осложнения при диффузных заболеваниях печени чаще выявляются у лиц коренной группы. Характер осложнений представлен на рис. 1.

В процессе лечения больных этим заболеванием мы придерживаемся мнения А.И. Мосунова, А.В. Позднякова [2], что необходима операция в сочетании с холецистэктомией, двойной наружной холедохостомией, катетеризацией портальной системы и эндоскопической папиллосфинктеротомией, выполняемых или предоперационно, или по отсроченным показаниям. Сравнительная оценка оперативных вмешательств при хронических диффузных заболеваниях печени, проведенных нами с 1983 по 2000 гг., приведена в табл. 4.

Холецистэктомия произведена в 59 случаях, двое больных умерли от печеночной недостаточности и асцита.

Операции с применением оментогепатопексии [3, 4] особенно широко выполнялись нами в 1980-е-начале 1990-х

Таблица 4

Основные виды оперативных вмешательств при хронических диффузных заболеваниях печени

Операции	Коренные 46		Некоренные 34		Число умерших			
	1983- 1989 n= 18	1990- 2000 n= 28	1983- 1989 n= 16	1990- 2000 n= 18	Коренные		Некоренные	
					1983 1989	1990 2000	1983 1989	1990 2000
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	3	18	2	10	-	-	-	-
Двойное наружное дренирование ОЖП	2	12	3	6	-	-	-	-
Холедохолитомия с наружным дренированием ОЖП	10	10	8	10	-	-	-	-
Холецистэктомия	10	22	11	16	2	2	2	0
Спленэктомия	4	1	2	-	-	-	-	-
Катетеризация пупочной вены	2	12	1	4	-	-	-	-
Гепатикоеюностомия	1	1	-	1	-	-	-	1
Оментогепатопексия	6	6	8	4	2	0	-	-
					4 5,1%	2 2,6%	2 2,6%	1 1,3%

годов. При этом два оперированных пациента из 14 умерли в силу необратимых прижизненных нарушений в печени.

Операции эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и проведена с 1990 г. у 28 больных. Основная цель этой операции – декомпрессия желчных путей в предоперационном периоде. В большинстве своем ЭПСТ выполнена по методике Erlangen или Sohma. И только лишь в 2 случаях, когда невозможно было катетеризировать БДС выполнены супрапапиллярная холедоходуоденостомия с последующим расширением образованной фистулы по Erlangen. Эти операции прошли без осложнений.

Мы придерживаемся мнения А.И. Мосунова и др. [2] и считаем противопоказаниями к проведению ЭПСТ следующие клинические ситуации:

- декомпенсированные формы цирроза печени;
- резистентная форма отечно-асцитического синдрома;
- гипокоагуляционный синдром (величина протромбинового индекса не превышает 65%);
- органический вариант хронического нарушения дуоденальной проходимости;
- сопутствующая патология головки поджелудочной железы – хронический панкреатит, злокачественные новообразования и т.д.

Согласно этим показаниям, мы не могли применить оперативное вмешательство (декомпенсированные формы цирроза печени) 6 пациентам (коренные).

Для лечения больных циррозом печени, в том числе и тех, которые оперированы, наряду с общеизвестными кон-

сервативными методами лечения мы широко использовали гипербарическую оксигенацию (ГБО).

Ведущей предпосылкой к применению ГБО при циррозе является гипоксия смешанного типа с преобладанием гипоксии печени, развившейся в результате имбиции тканевого дыхания желчью или ее составными компонентами [3]. Продолжительность курса ГБО определяется индивидуально. Оптимальный уровень кислорода в камере в 86% наблюдений колебался от 2 до 2,5 ат., экспозиция в 74% наблюдений – от 1 до 1,5 часа. Нами проведено лечение этим методом 16 больных. У 14 больных эта процедура применялась в качестве предоперационной подготовки, что позволило выполнить хирургические вмешательства с благоприятным эффектом. У всех 16 больных устранение гипоксии сопровождалось снижением холемии и явлений интоксикации. Как следствие лечения уровень общего билирубина периферической крови уменьшился с $97,8 \pm 2,6$ до $28 \pm 1,6$ мкмоль/л ($p < 0,05$), мочевины – с $15,8 \pm 2,2$ до $9,2 \pm 1,6$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Одновременно отмечалось значительное увеличение суточного диуреза (с $720,5 \pm 42,0$ до $980 \pm 72,3$ мл) ($p < 0,05$). Как пример приводим результаты лечения больного А., 64 лет. Он поступил в клинику с диагнозом: “Активный цирроз печени. Механическая желтуха”. Болеет в течение 26 лет. В анамнезе – операция холецистэктомия по поводу ЖКБ. Через 9 лет проведена операция по поводу желчного свища – иссечение. В настоящее время беспокоят боли и желтуха. Проведено комплексное диагностическое обследование:

- рентгенологическое – рентгенография пищевода, желудка; функциональная и релаксационная дуоденография; спленопортография;
- радионуклидное – гепатобилиосцинтиграфия;
- патоморфологическое исследование пункционного биоптата печени, произведенное под контролем КТ;
- ультрасонографическое – УЗИ органов брюшной полости, доплерография сосудов гепатолиенальной системы;
- лабораторно-иммунологическое, вирусологическое, биохимическое;
- эндоскопическое – эзофагофиброгастродуоденоскопия, ретроградная холангиопанкреатография.

В результате проведенного обследования верифицирован диагноз: «Активный гепатит с трансформацией в цирроз, умеренной степени активности, мезенхимально-воспалительный вариант, стадия гепатоцеллюлярной субкомпенсации. Синдром портальной гипертензии 2-3 степени. Механическая желтуха. Стеноз БСД. Пищеводная флeбэктазия 2-3 ст. Компенсаторная спленомегалия. Асцит, транзиторная форма».

После короткого курса консервативной терапии, включающей антиоксидантную терапию, больному выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия канюляционным методом по Sohma, с последующими сеансами гипербарической оксигенации. Больной выписан с улучшением.

Выводы

1. Хронические диффузные заболевания печени имеют тенденцию к росту в связи с неблагоприятной социально-экономической обстановкой и низким уровнем диспансеризации.

2. Среди исследованных групп населения заболеванию чаще подвержено коренное население (131), чем некоренное (49).

3. В анамнезе вирусный гепатит перенесли 28,8% коренных жителей и 13,2% некоренных.

4. Осложнения диффузных заболеваний печени:

- желтуха у коренных жителей в 48,1% случаев; у некоренных – 18,3% случаев;
- гепатомегалия у коренных – 32,8% случаев; у некоренных – 16,3% случаев;
- спленомегалия – 25,9% и 16,3% соответственно;
- асцит – 36,6% и 18,3% соответственно;
- холангит – 41,2% и 18,3% соответственно;
- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка 9,9% и 4,1% соответственно.

Литература

1. Алексеева М.Н., Слепцова С.С., Рафаилова М.А., Степанова Г.И. Вирусные гепатиты в Республике Саха (Якутия): вопросы клиники, диагностики, лечения и профилактики (Методическое руководство). Якутск. 2001. 6 с.
2. Мосунов А.И., Поздняков А.В., Мосунов В.А. Хронические диффузные заболевания печени и их осложнения. Новосибирск: Изд-во «Мега», 1997. 162 с.
3. Альперович Б.И., Сало В.Н. Криохирurgia опухолей печени // Вестник хирургии. 2003. Т. 162. № 1. С. 24-25.
4. Борисов А.Е., Андреев Г.Н., Земляной В.П. и др. Современные методы хирургической коррекции асцитического синдрома при циррозе печени // СПб.: Политехника, 2000. 222 с.
5. Мосунов А.И., Ким Г.В., Анищенко В.В. и др. Баллонная дилатация стенозирующих поражений желчных протоков // Современные технологии в клинической практике. Новосибирск, 2003. С. 329.

Т.М. Тяптыргянова

PECULARITIES OF CLINICAL COURSE OF CHRONIC HEPATOPATHY IN THE FAR NORTH

In our observation the diseases of organs of hepatopancreobiliary zone are presented as the types of complications of chronic hepatopathy. They are: 48.1% of cases of jaundice, 32.8% – hepatomegaly (large liver mass), 36.6% – ascites, cholangitis, 41.2% - etc. The research is concluded considering the habitant zones, age, gender, ethnic groups and length of living in the Republic of Sakha (Yakutia).

