

**ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА  
У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ****Н.Д.КИСЛЫЙ, ЮСУФ СУЛЕЙМАН ОСМАН**

Кафедра госпитальной терапии РУДН. Москва 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.

*Медицинский факультет*

По результатам эзофагогастродуоденоскопии изучена встречаемость поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 593 больных алкогольным циррозом печени (мужчин 389, женщин 204) средний возраст  $49.9 \pm 0.5$  лет. У трети больных алкогольным циррозом печени имеются эрозивно-язвенные повреждения слизистой верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, а у 15% больных, госпитализированных в стационар по поводу алкогольного цирроза печени, они являются источником кровотечения. У 31.0% больных алкогольным циррозом печени имеются признаки кровотечения в желудочно-кишечный тракт, летальность среди них достигает 41.3%.

**Актуальность проблемы.** Уровень потребления алкоголя в России, достигающий, по разным оценкам, 13-15 литров на душу населения в год, один из самых высоких в мире. Заболевания, связанные с потреблением алкоголя, выявляются у 5-10% населения планеты и имеют отношение почти к 2 миллионам случаев смерти ежегодно.

Алкоголь является частой, а в США и Европе основной причиной цирроза печени, при этом алкогольное поражение печени встречается в 4 раза чаще, чем гепатит С. Цирроз печени, как причина смерти, среди больных в возрасте от 35 до 55 лет, стоит на шестом месте. Около 80% случаев летальных исходов от цирроза печени, и 94% случаев смерти от цирроза печени среди мужчин в возрасте от 35 до 60 лет, обусловлены злоупотреблением алкоголя. В России за период с 1991 по 2001 год смертность от алкогольного цирроза печени увеличилась среди женщин от 7 до 29 раз в разных возрастных группах и в 15 раз среди мужчин.

Среди всех больных циррозом печени 10-15% умирают в результате желудочно-кишечного кровотечения. Смертность после первого кровотечения достигает 45-65%, из выживших больных 30% погибают во время рецидива кровотечения. Двухлетняя выживаемость после первого кровотечения не превышает 40%.

Желудочно-кишечные кровотечения у больных циррозом печени обычно возникают из участков поражения слизистой или разрыва варикозно-расширенных вен. Наиболее высок риск развития желудочно-кишечного кровотечения при алкогольном циррозе печени, причиной кровотечения могут быть варикозно-расширенные вены, эрозивный эзофагит, язва желудка или 12-перстной кишки, синдром Меллори-Вейсса, встречающиеся значительно чаще у интенсивно пьющих людей, чем в популяции.

**Материал и методы исследования.** Исследование выполнено в больнице № 53 города Москвы. С целью выявления встречаемости заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также частоты желудочно-кишечных кровотечений ретроспективно изучено 593 истории болезни больных циррозом печени алкогольного генеза, 389 мужчин и 204 женщин, средний возраст  $49.9 \pm 0.5$  лет, больше половины больных приходится на возраст от 40 до 60 лет.

**Результаты.** При анализе анамнеза и формулировок диагнозов у больных алкогольным циррозом печени хронические гастриты выявляются у 29%, хронические дуодениты - у 16,7%, хронический эзофагит - у 5,1%, язвенная болезнь - у 4,9%.

По результатам ЭГДС лишь у 3,3% больного алкогольным циррозом печени не было изменений слизистой желудочно-кишечного тракта. У 20,0% больных был эзофагит, при этом у половины из них эрозивный. Варикозно-расширенные вены пищевода были у 46,7% больных, недостаточность кардии - у 30,0% больных. Признаки хронического гастрита - у 90,0% больных, эрозивный гастрит - у 13,3% больных, язва желудка - у 3,3% больных. Хронический дуоденит - у 36,7% больных, у 27,3% из них дуоденит был эрозивным, язва 12 перстной кишки была у 10,0% больных, при этом у 2/3 она сочеталась с наличием эрозий. У 3,3% больных эрозивные дефекты в пищеводе сочетались с анало-

гичными повреждениями в желудке. Суммарно эрозивно-язвенные дефекты были у каждого третьего больного.

Кровотечения в желудочно-кишечный тракт были у 184 (31%) больных. У 139 больных был один источник кровотечения: в 59 случаях источником кровотечения были эрозии слизистой пищевода и желудка, у 50 - разрыв варикозно-расширенных пищевода, у 24 носовые кровотечения и у 6 - геморроидальные кровотечения. У 40 больных было 2 источника кровотечения, у 5 больных было три источника кровотечения. Носовые кровотечения были у 36 больных, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода у 82 больных, кровотечения из эрозий слизистой пищевода и желудка - у 88 больных, язвенные кровотечения из желудка - у 11 больных, синдром Меллори-Вейсса - у 6 больных, геморроидальные кровотечения - у 10 больных.

Среди больных с кровотечениями умерло 76 (41,3%) больных, средний возраст умерших  $51,9 \pm 1,3$  лет. Смерть в среднем наступила на  $18,9 \pm 0,9$ -й 2 день.

Кровотечения из эрозивно-язвенных дефектов слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки были у 90 больных. У 24 из 90 больных помимо эрозивно-язвенных повреждений слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта были и другие источники кровотечения. Кровотечение только из эрозивно-язвенных повреждений было у 66 больных, у 9 больных была язва желудка, у 6 из них язва сочеталась с эрозивными поражениями слизистой.

Подводя итог, необходимо отметить, что по данным анамнеза и заключительным диагнозам историй болезни эзофагит устанавливается в 4 раза, хронический гастрит и язвенная болезнь в 3 раза, хронический дуоденит в два раза реже, чем по результатам ЭГДС, что свидетельствует о недооценке важности поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных алкогольным циррозом печени. Важность адекватной оценки поражения слизистой определяется тем, что у трети больных алкогольным циррозом печени имеются эрозивно-язвенные повреждения слизистой верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Почти в половине случаев желудочно-кишечных кровотечений их причиной являются эрозивно-язвенные поражения слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, что соответствует 15% больных алкогольным циррозом печени, находящихся на стационарном лечении в больнице общего профиля. У 15% больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой верхнего отдела желудочно-кишечного тракта наступает летальный исход.

#### ESOPHAGUS AND STOMACH DAMAGE IN ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS

N.D.KISLIY, YUSUF SULEIMAN OSMAN

Department of Hospital Therapy RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st 8. Medical faculty

593 patients (389 men and 204 women) mean age  $49,9 \pm 0,5$  with alcoholic liver cirrhosis undergo upper gastrointestinal endoscopy. 31% of patients were upper gastrointestinal bleeding. Every third patient has ulcer or erosions and in 15% of all patients admitted to hospital with alcoholic cirrhosis the cause of upper gastrointestinal bleeding were ulcer or erosions. 41,3% of patients with hemorrhage died.