

лигнизации подлежат низкодифференцированные клетки типа цилиндрических, собственные наблюдения подтверждают, что аденокарцинома пищевода формируется именно из специализированного кишечного эпителия.

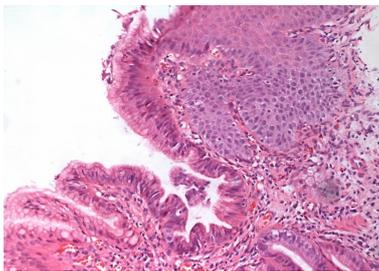


Рисунок 1 — Кардиальный тип метаплазии эпителия пищевода.

Окраска гематоксилином-эозином. ×200

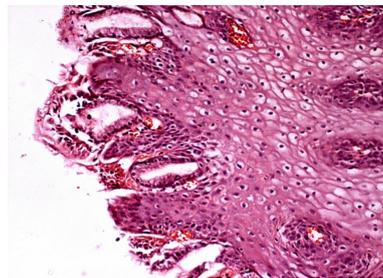


Рисунок 2 — Фундальный тип метаплазии эпителия пищевода.

Окраска гематоксилином-эозином. ×200

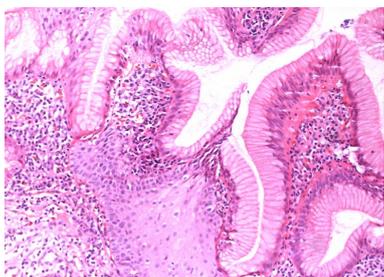


Рисунок 3 — Специализированная столбчатая кишечная метаплазия эпителия пищевода.

Окраска гематоксилином-эозином. ×200

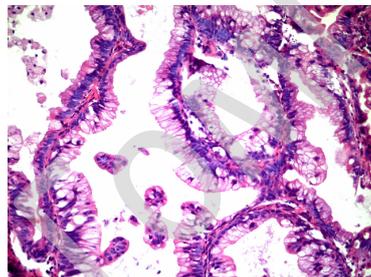


Рисунок 4 — Аденокарцинома на фоне пищевода Барретта.

Окраска гематоксилином-эозином. ×200

Выводы

1. Основным методом диагностики ПБ является эндоскопия с использованием современных методов эндоскопического исследования с прицельной полилопной биопсией, а основным объективным критерием верификации ПБ является морфологическое подтверждение.

2. Дисплазия эпителия не является частой патологией ПБ, а аденокарцинома встречается только в 0,45 % на фоне ПБ. Аденокарцинома при СБ развивается из клеток специализированного кишечного эпителия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патологическая анатомия пищевода Барретта / О. В. Зайратьянц [и др.] // Архив патологии. — 2011. — № 3. — С. 21–26.
2. Лукина, А. С. Эндоскопическая диагностика и классификация пищевода Барретта. Современное состояние и история вопроса / А. С. Лукина, В. Г. Неустроев // Клин. эндоскопия. — 2008. — № 3 (16). — С. 28–37.
3. Мельченко, Д. С. Пищевод Барретта: клинико-морфологические сопоставления / Д. С. Мельченко, В. Г. Белова // Мед. визуализация. — 2006. — № 5. — С. 74–82.
4. Sharma, P. The Development and Validation of an Endoscopic Grading System for Barrett's Esophagus: The Prague C & M Criteria / P. Sharma, J. Dent, D. Armstrong // Gastroenterol. — 2006. — Vol. 131 (5). — P. 1392–1399.
5. Wani, S. How to Manage a Barrett's Esophagus Patient With Low-Grade Dysplasia / S. Wani // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — Vol. 7. — P. 27–32.

УДК 616.36-004

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Короткевич Д. В., Кошмар Е. А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент А. Г. Скуратов

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Цирроз печени является мультифакториальным заболеванием, приводящим к необратимому замещению паренхимы печени фиброзной тканью. В экономически развитых странах

цирроз входит в число шести основных причин смерти пациентов от 35 до 60 лет, составляя 14–30 случаев на 100 тыс. населения [1]. В республике Беларусь 1,5 тыс. человек ежегодно заболевают циррозом, смертность от цирроза печени и портальной гипертензии составляет около 35 случаев на 100 тыс. населения и не имеет тенденции к снижению [2]. Цирроз печени влечет за собой большое количество осложнений, многие из которых являются смертельными [3].

Цель

Охарактеризовать клинические особенности цирроза печени и исследовать результаты лечения пациентов с данным заболеванием.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом, хирургическом отделениях и ОРИТ УЗ «ГГКБ № 3» за 2014–2015 гг. Использовались методы описательного и сравнительного статистического анализа данных.

Результаты исследования и их обсуждение

За данный временной промежуток всего было пролечено 266 пациентов с циррозом печени, из них: 136 (51,1 %) женщин и 130 (48,87 %) мужчин. Средний возраст пациентов составил $57,1 \pm 9,5$ лет.

По этиологическому фактору распределение пациентов было следующим образом (рисунок 1): у 195 (73,3 %) пациентов имел место криптогенный цирроз, т. е. причина возникновения заболевания не была подтверждена, у 46 (17,3 %) пациентов носил токсико-алиментарный характер на фоне злоупотребления алкоголя, у 13 (4,9 %) пациентов цирроз развился на фоне хронического вирусного гепатита, у 10 (3,8 %) пациентов имел место первично билиарный цирроз печени (ПБЦ), у 2 (0,8 %) пациентов развился цирроз печени смешанного генеза.

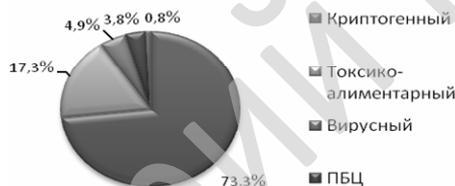


Рисунок 1 — Структура этиологических факторов цирроза печени

По степени тяжести течения цирроза (по Чайлд-Пью) пациенты были распределены следующим образом (таблица 1)

Таблица 1 — Классы тяжести цирроза печени у пациентов

| Класс тяжести по Чайлд-Пью | Количество, N | % |
|----------------------------|---------------|-------|
| A | 52 | 19,5 |
| B | 110 | 41,4 |
| C | 104 | 39,1 |
| Итого | 266 | 100,0 |

На плановую госпитализацию поступило 176 (68,75 %) пациентов, по экстренным показаниям — 80 (31,25 %) пациентов. Впервые заболевание было выявлено у 30 (11,2 %) пациентов. У остальных пациентов имел место анамнез цирроза печени, средняя длительность которого составила $4,12 \pm 2,1$ г. Основными жалобами при поступлении были боль в правом подреберье тупого и ноющего характера, общая слабость, тошноту, желтуху.

При объективном обследовании выявлены следующие основные признаки цирроза печени и портальной гипертензии: варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода — у 140 (54,6 %) пациентов, из них первая степень расширения имела место у 77 (55 %) человек, 2-я степень — у 44 (31,4 %) пациентов, 3-я степень — у 19 (13,6 %) человек. Спленомегалия наблюдалась у 139 (52,2 %) пациентов, диаметр селезеночной вены составил $8,32 \pm 1,97$ мм, диаметр портальной вены — $13,47 \pm 1,94$ мм. Асцит был выявлен у 143 (53,8 %) пациентов. Размеры печени были увеличены у 137 (51,5 %) пациентов: вертикальный косой размер (КВР) составил $163,8 \pm 24,5$ мм, кранио-каудальный размер (ККР) — $159,1 \pm 32,6$ мм.

По данным лабораторных исследований признаки печеночной дисфункции выявлены у большинства пациентов: уровень общего билирубина был повышен у 198 (77,3 %) пациентов,

показатель АЛТ был повышен у 166 (64,8 %) пациентов, АСТ — у 209 (82,2 %). Уровень общего белка в сыворотке крови составил $68,4 \pm 8,6$ г/л, альбумина — $35,7 \pm 7,9$ г/л, ГГТП — $202,5 \pm 150,7$ ед/л, ЩФ — $377,1 \pm 181,0$ ед/л. При анализе показателей коагулограммы признаки гипокоагуляции выявлены у большинства пациентов, среднее значение протромбинового индекса (ПТИ) составило $0,75 \pm 0,12$, АЧТВ — $34,45 \pm 4,5$ с, фибриногена — $2,8 \pm 0,8$ г/л. Признаки анемии выявлены у 86 (32,3 %) пациентов, из них: анемия легкой степени — у 89 %, средней степени выраженности — у 9 %, тяжелой — у 1,7 % пациентов.

У большинства пациентов имела место сопутствующая патология: гастрит — у 86 (32 %) пациентов, хронический панкреатит — у 33 (12,4 %), сахарный диабет — у 29 (11 %), желчно-каменная болезнь — у 20 (7,5 %), ИБС — у 22 (8,3 %) пациентов.

Хирургическое осложнение цирроза печени и портальной гипертензии в виде кровотечения из ВРВ пищевода наблюдалось у 7 (2,6 %) пациентов. Для остановки кровотечения в большинстве случаев использовалась баллонная тампонада с помощью зонда Блэкмора (85,7 %), лишь в 1 случае применялся аппликационный эндоскопический гемостаз препаратом «Алюфер». Среди этих пациентов 1 умер (летальность составила 14,3 %).

Всем пациентам проводилось комплексное консервативное лечение, включающее назначение следующих групп препаратов: гепатопротекторы, блокаторы желудочной секреции, ферменты, диуретики, гемостатики, белковые препараты (альбумин). По показаниям проводилась коррекция сопутствующей патологии. В результате проводимого лечения 224 (84,2 %) пациента были выписаны из стационара с клинико-лабораторным улучшением, 14 (5,3 %) пациентов — без перемен, у 28 пациентов имела место отрицательная динамика состояния с летальным исходом. Летальность в общей группе составила 10,5 %. Основными причинами смерти явились прогрессирующая полиорганная недостаточность, кровотечение из ВРВ пищевода. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила $16,6 \pm 7,1$ дня.

Выводы

1. Цирроз печени является социально-значимым заболеванием. Болеют лица преимущественно трудоспособного возраста.

2. В большинстве случаев (73,3 %) причина развития цирроза печени не была выявлена. Среди установленных этиологических факторов лидирующие места занимали злоупотребление алкоголем и носительство вирусов гепатитов В и С.

3. Согласно классификации по Чайлд-Пью преобладали пациенты со степенью тяжести В (41,1 %) и С (39,1 %). Более чем у 50 % пациентов при объективном обследовании выявлены клинико-инструментальные признаки осложнения цирроза печени портальной гипертензией.

4. Пациентам проводилась консервативная «поддерживающая» терапия, в случае развития кровотечения — паллиативный гемостаз. Летальность составила 10,5 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гарбузенко, Д. В.* Патогенез портальной гипертензии при циррозе печени / Д. В. Гарбузенко // Рос. журн. гастроэнг., гепатол., колопрокт. — 2002. — Т. 12, № 5. — С. 23–29.
2. Статистика здравоохранения 2012 г. / интернет-ресурс: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/ru/index.html
3. Продолжительность жизни больных и прогностическое значение проявлений и осложнений цирроза печени / Г. К. Мироджов [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2010. — Т. 20, № 5. — С. 27–32.

УДК 616-003.236:618.3

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ: ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Косько Е. О., Захаренков Н. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Наиболее часто встречающаяся патология печени при беременности — внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ) [1], этиологически связанный только с беременно-